

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Tilo Kircher

des Fachbereichs Medizin  
der Philipps-Universität Marburg:

**Evaluation einer psychotherapeutischen  
Behandlungsmethode der chronischen Depression  
– das Cognitive Behavioral Analysis System of  
Psychotherapy  
– (CBASP)  
als Gruppentherapie im stationären Setting  
– eine Pilotstudie –**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
vorgelegt von

Kristina Helmle aus Heidelberg

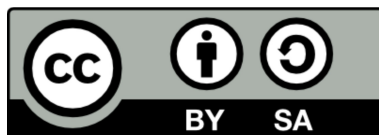
Marburg  
2017

Angenommen am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
am: 22.09.2017

Gedruckt mit der Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan:	Herr Prof. Dr. H. Schäfer
Referent:	Herr Prof. Dr. C. Konrad
1. Korreferentin:	Frau Prof. Dr. K. Thieme

Originaldokument gespeichert auf dem Publikationsserver der  
Philipps-Universität Marburg  
<http://archiv.ub.uni-marburg.de>



Dieses Werk bzw. Inhalt steht unter einer  
Creative Commons  
Namensnennung  
Weitergabe unter gleichen Bedingungen  
4.0 International Lizenz.

Die vollständige Lizenz finden Sie unter:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Für meine Eltern

und für „Vati“†

**Anmerkung:**

Zur besseren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wurde in aller Regel auf die korrekten geschlechtsdefinierenden Endungen verzichtet. Ist beispielsweise von Patienten die Rede, schließt dies, wenn nicht näher bezeichnet, selbstverständlich weibliche Studienteilnehmerinnen mit ein.

## **Abkürzungsverzeichnis**

**$\beta$**  Regressionskoeffizient  
**BDI** Beck's Depression Inventory  
**CBASP** Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy  
**CD** Chronic Depression  
**DD** Double Depression  
**DSM** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**EMS** Frühe Maladaptive Schemata  
**GAF** Global Assessment of Functioning  
**HAMD** Hamilton Depression Rating Scale  
**ICD** International Classification of Disease  
**IPT** Interpersonelle Psychotherapie  
**IMI** Impact Message Inventory  
**KK** Kiesler-Kreis-Training  
**KVT** Kognitive Verhaltenstherapie  
**LQPT** Lübeck Questionnaire for reporting Preoperational Thinking  
**M** Mittelwert  
**MBCT** Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie  
**MDE** Major Depressive Episode  
**MD** Major Depression  
**MSBR** Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion  
**p** Irrtumswahrscheinlichkeit  
**r** Korrelationskoeffizient  
**R<sup>2</sup>** Determinationskoeffizient  
**RMET** Reading the Mind in the Eyes Test  
**SA** Situationsanalyse  
**SD** Standardabweichung  
**SE** Standardfehler  
**SPSI** Social Problem Solving Inventory  
**ST** Schematherapie  
**ToM** Theory of Mind

# INHALT

Zusammenfassung.....	1
1. Einleitung.....	5
2. Theoretischer Hintergrund.....	10
2.1. Chronische Depression.....	10
2.1.1 Klassifikation und diagnostische Kriterien.....	10
2.1.2. Epidemiologie, Verlauf und Risikofaktoren.....	13
2.1.3. Komorbiditäten.....	17
2.1.4. Entstehungsmodelle.....	18
2.1.5. Klinische Merkmale und Schwierigkeiten für die Therapie.....	22
2.1.6. Behandlungsansätze.....	24
2.1.7. Prädiktoren für Therapieoutcome bei der Behandlung chronisch depressiver Patienten.....	29
2.2. Therapiekonzept Gruppentherapie.....	31
2.2.1. Wirkfaktoren von Gruppentherapie.....	32
2.2.2. Vorteile und Wirksamkeitsnachweise von Gruppentherapien.....	36
2.2.3. Gruppentherapie als Element der Depressionsbehandlung.....	38
2.2.4. Gruppentherapie im stationären Rahmen.....	38
2.3. Behandlungsmethode CBASP.....	40
2.3.1. Entstehungstheorie der chronische Depression nach James McCullough.....	40
2.3.2. Therapieansätze und -methoden.....	43
2.3.3. Wirksamkeit von CBASP.....	49
2.3.4. Empirische Belege für McCulloughs Theorie.....	53
2.3.5. CBASP in der Gruppe.....	57
3. Ziele und Fragestellungen der Studie.....	60
4. Methoden.....	63
4.1. Studiendesign.....	63
4.2. Allgemeine Therapiebedingungen.....	63
4.3. Studienteilnehmer.....	64
4.4. Erhebungsinstrumente.....	65
4.4.1. Soziodemographische Daten und Vorgeschichte.....	67
4.4.2. Depressivität und Funktionsniveau und klinische Einschätzung.....	67
4.4.3. Lebensqualität.....	71
4.4.4. Spezifische veränderbare Eigenschaften.....	72
4.4.5. Traumatisierung und Persönlichkeitsmerkmale und -störungen.....	75
4.4.6. Patientenzufriedenheit und Akzeptanz.....	78
4.5. Intervention.....	79
4.6. Durchführung und Messzeitpunkte.....	81
4.7. Auswertung.....	83
5. Ergebnisse.....	86
5.1. Stichprobenbeschreibung.....	86
5.1.1. Soziodemographische Merkmale der Patientenstichprobe.....	86
5.1.2. Klinische Merkmale der Patientenstichprobe.....	87
5.1.3. Traumatisierungen, Persönlichkeitsmerkmale und -störungen.....	89
5.1.4. Medikamentöse Begleittherapie.....	91
5.2. Wirksamkeit.....	92
5.2.1. Veränderung der Depressivität und des Funktionsniveaus im	

Verlauf der Gruppentherapie.....	93
5.2.2. Entwicklung der wahrgenommenen Lebensqualität im Verlauf der Gruppentherapie.....	97
5.2.3. Rückfallrate, Depressivität und Lebensqualität im Follow-up.....	98
5.3. Durchführbarkeit.....	100
5.3.1. Allgemeine Patientenzufriedenheit.....	100
5.3.2. Patientenzufriedenheit auf Grundlage der Patientenevaluation der CBASP-Gruppe DOI!.....	101
5.3.3. Dropout-Analyse.....	104
5.4. Veränderung der spezifischen Parameter.....	105
5.4.1. Entwicklung des Stimuluscharakters.....	105
5.4.2. Entwicklung präoperationaler Denkstrukturen.....	107
5.4.3. Entwicklung des Sozialen Problemlöseverhaltens.....	107
5.4.4. Entwicklung des Empathievermögens.....	109
5.5. Explorative Untersuchung: Veränderung der spezifischen Parameter als Prädiktoren für Therapieoutcome?.....	109
5.5.1. Regressionsanalysen mit spezifischen Parametern als unabhängige Variablen.....	110
5.5.2. Was sind die besten Prädiktoren für das Therapieoutcome?.....	116
5.6. Explorative Untersuchung: Einfluss von Persönlichkeitsstörungen oder Traumatisierungen auf Therapieoutcome?.....	119
6. Diskussion.....	120
6.1. Interpretation der Ergebnisse.....	120
6.1.1. Potentielle Wirksamkeit der CBASP-Gruppentherapie.....	120
6.1.2. Umsetzbarkeit.....	123
6.1.3. Post-stationärer Verlauf.....	125
6.1.4. Traumatisierung und Persönlichkeit.....	126
6.1.5. Spezifische Effekte.....	129
6.1.6. Explorative Untersuchungen: spezifische Parameter als Prädiktoren für Therapieoutcome?.....	132
6.2. Limitationen der vorliegenden Ergebnisse.....	138
6.2.1. Studiendesign.....	138
6.2.2. Rahmenbedingungen und Messzeitpunkte.....	140
6.2.3. Messinstrumente.....	141
6.3. Fazit und Ausblick.....	143
Literaturverzeichnis.....	150
Tabellenverzeichnis.....	164
Abbildungsverzeichnis.....	165
ANHANG.....	167
Verzeichnis der akademischen Lehrer.....	205
Danksagung.....	206





## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund:**

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist eine Psychotherapiemethode zur Behandlung der chronischen Depression, die ursprünglich als Einzeltherapie für den ambulanten Rahmen entwickelt wurde. Darauf aufbauend entstand ein Gruppentherapiekonzept für die Anwendung im stationären Bereich. CBASP fußt auf einer Reihe von Grundannahmen über chronisch Depressive, die aus der langjährigen Arbeit mit dieser Patientengruppe erwachsen. Eine dieser Annahmen besagt, dass chronisch depressive Patienten spezifische Entwicklungsdefizite im emotionalen Bereich aufweisen und sich nach dem Entwicklungsmodell von Piaget auf einem „präoperationalen Niveau“ befinden. Dies führt zu ineffektiven sozialen Interaktionen, Defiziten im Bereich interpersonaler Empathie sowie Schwierigkeiten in der Erkennung der eigenen Wirkung auf ein soziales Gegenüber (sog. Stimuluscharakter). Ziel vorliegender Studie war es daher, neben der Auswertung von Effektivität und Durchführbarkeit der neuen Gruppentherapie auch deren Einfluss auf präoperationale Strukturen, Empathie, Soziales Problemlösen und den Stimuluscharakter zu evaluieren.

### **Methoden:**

Die CBASP-Gruppentherapie wurde in einer naturalistischen Multicenterstudie in den Studienzentren Bremen, Freiburg, Marburg und München untersucht. Um die weiterführende Hypothese zu testen, dass präoperationale Muster durch die Gruppentherapie beeinflussbar sind, untersuchten wir eine Stichprobe von  $n = 20$  Patienten an der Universitätsklinik in Marburg mit zusätzlichen Instrumenten. Eingeschlossen wurden Patienten mit der primären Diagnose einer chronischen Depression, einer Dysthymie oder einer Double Depression (nach DSM IV). Die Durchführung der Studie wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt. Die Patienten nahmen im Durchschnitt an  $19.1 \pm 8.2$  CBASP Gruppensitzungen in einer Länge von 1,5 Stunden teil. In 80% der Fälle erhielten die Patienten zusätzlich CBASP-Einzeltherapie. Die folgenden Messinstrumente wurden vor und nach Gruppentherapie eingesetzt: Selbst- und Fremdbeurteilung der Depressivität mittels *Becks Depression Inventory* (BDI) und *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), Erfassung von Lebensqualität durch den WHO-Bogen *Quality of Life* (WHOQOL-BREF), Fragebögen zu Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Behandlung, Erfassung präoperationaler Denkstrukturen durch den *Lübeck Questionnaire for recording Preoperational Thinking* (LQPT), soziale Problemlösekompetenzen durch das *Social Problem*

*Solving Inventory* (SPSI-R), *Impact Message Inventory* (IMI-R) and *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET-R). In einer Follow-up-Untersuchung wurde BDI und Lebensqualität drei Monate nach Therapieende gemessen.

Zur Testung der Prä-/Post-Effekte kamen ANOVAs im Messwiederholungsdesign zur Anwendung. Zur Messung der Prädiktoreigenschaften der beeinflussten Defizite wurden hierarchische schrittweise Regressionsanalysen gerechnet.

### **Ergebnisse:**

Analog zur Multicenterstudie zeigte sich bei den Patienten eine große Akzeptanz der Gruppentherapie. Im Prä-Post Vergleich zeigten sich hochsignifikante Verbesserungen der psychopathologischen Symptome (BDI -51.96%, HAMD -61.76%) sowie der subjektiven Lebensqualität (+24.91%). Die Abnahme präoperationaler Denkstrukturen hin zu formal-operationalen Denkweisen erwies sich ebenfalls als hochsignifikant ( $p=.003$ ). Ebenso verhielt es sich mit den sozialen Problemlösefähigkeiten (+38.77%,  $p<.001$ ).

Auch der Stimuluscharakter konnte durch die Therapie verändert werden. Die Zunahme freundlich/dominanter sowie die Abnahme feindselig/submissiver *Impact Messages* zeigten dabei die besten Entwicklungen. Zusätzlich wurde eine signifikant höhere Anzahl der vorgelegten emotionalen Gesichtsausdrücke richtig gedeutet, was als steigendes Maß für Empathie gewertet wird (+12.03%,  $p=.007$ ).

In Regressionsanalysen konnte eine gute Prädiktoreigenschaft insbesondere von Veränderung des Denkniveaus sowie sozialer Problemlösekompetenzen über die Dauer der Therapie für das Therapieoutcome und die depressive Symptomatik drei Monate nach Therapieende gezeigt werden.

### **Diskussion:**

Die vorliegende Studie liefert Hinweise, dass die multimodale Behandlung der chronischen Depression, die eine CBASP-Gruppentherapie beinhaltet, eine gute Verbesserung depressiver Symptome und subjektiver Lebensqualität bewirkt und bei den Patienten auf große Akzeptanz stößt. Darüber hinaus gibt es gute Anhaltspunkte, dass sich zudem ein therapeutischer Effekt auf eine Anzahl an spezifischen Defiziten chronisch depressiver Patienten nachweisen lässt. Die Patienten zeigen durch die Therapie eine Verbesserung ihres Denkniveaus hin zu rational logischem Denken, welches durch die Umwelt beeinflussbar ist, und sind zu effektiverem Problemlösen fähig. Die Entwicklung dieser Eigenschaften enthält einen prädiktiven Wert für die Vorhersage des Therapieerfolgs über das Ende der Therapie hinaus.

Die Interpretation der Ergebnisse ist durch die geringe Stichprobengröße sowie die naturalistische Vorgehensweise mit Einbettung der Gruppentherapie in einen individuell bedarfsadaptierten, multimedialen Behandlungszusammenhang limitiert.

Zudem entstanden durch die Erhebung ohne Vergleichsgruppe weitere Einschränkungen für die Interpretierbarkeit.

Für die Überprüfung der gewonnenen Erkenntnisse sind größerangelegte, randomisiert kontrollierte Studien vonnöten.

## **Abstract**

### **Background**

The Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), initially developed as an outpatient treatment for chronic depression (CD), has been adapted as an inpatient program including group therapy sessions. CBASP is based on a number of basic assumptions about chronic depression. One assumption is that chronically depressed patients are characterized by specific developmental deficits comparable to Piagetian preoperational structure, with deficits in interpersonal empathy, deficits in the awareness of one's own stimulus character and ineffective social interactions. In this study the hypothesis is tested that multimodal treatment of chronically depressed patients involving CBASP group therapy exerts a positive effect on preoperational thinking, social problem solving, stimulus character, and empathic abilities.

### **Methods**

CBASP group therapy was evaluated in an open-label multicenter study at the Universities of Bremen, Freiburg, Marburg and Munich. To test our hypothesis, a subsample of  $n = 20$  patients included at the University of Marburg was investigated with a number of additional tools. Patients were included if the primary diagnosis was chronic depression, dysthymia or both (double depression) according to DSM IV. The study was approved by the local ethics committee. Group therapy was applied at an average dosage of  $19.1 \pm 8.2$  CBASP group sessions, each lasting 1.5 hours. Additional individual treatment sessions were applied in 80% of the patients. The following tools were applied before and after group therapy: Severity of depression using Becks Depression Inventory (BDI) and Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Quality of Life (WHOQOL-BREF), Acceptance of and satisfaction with group treatment, Lübeck Questionnaire for recording Preoperational Thinking (LQPT), Social Problem Solving Inventory (SPSI-R), Impact Message Inventory (IMI-R) and Reading the Mind in the Eyes Test (RMET-R). In a follow-up, BDI and Quality of Life were measured three months after completing the treatment.

The main effects comparing the mean values from pre- and post-ratings were evaluated by repeated-measures ANOVAs. The predictive effect of changes under therapy for the 3-months outcomes were tested using regression analysis.

## **Results**

Patients acceptance of CBASP group therapy was high (1.65 on a scale from 1 to 6 with 1 for highest acceptance). Comparing pre- and post-ratings there was a highly significant decrease of depressive symptoms (BDI -51.96%, HDRS -61.76%). Quality of life improved from 71.45 to 89.25 (+24.91%,  $p < .001$ ).

Preoperational thinking changed from 11.45 to 15.75 (+37.55%,  $p = .003$ ), social problem solving from 39.85 to 55.30 (+38.77%,  $p < .001$ ) and most of the IMI-R sub-scales changed significantly, for example the hostile-submissive scale that reduced from 3.01 to 2.46 (-22.35%,  $p = .002$ ). Empathic abilities measured by RMET-R showed the smallest effect but still improved significantly from 22.85 to 25.60 (+12.03%,  $p = .007$ ). Regression analysis revealed a predictive value of therapeutic changes in preoperational thinking, social problem solving and stimulus character on BDI and Quality of Life in the 3-months follow-up. Using hierarchical stepwise regression models, results showed changes in preoperational thinking to be the best predictor for BDI and Quality of Life in follow-up explaining more variance than any other factor could.

## **Discussion**

These findings reveal that multimodal treatment of chronic depression involving CBASP group therapy exerts a therapeutic effect by modifying a number of specific deficits in chronically depressed patients. CBASP group therapy gained patients' acceptance, led to a significant improvement of self-rated and observed-rated psychopathology, and significantly improved quality of life. Furthermore, core deficits in preoperational thinking, social problem-solving, stimulus character and empathic abilities improved over therapy. The improvements in preoperational thinking, social problem-solving, and stimulus character also predicted outcome after three months. The study is limited by the fact that this was an open-label design in a setting involving multimodal standard treatment. Nevertheless, core deficits of chronically depressed patients as identified by McCullough improved in a multimodal natural clinical setting including CBASP group therapy. In conclusion a larger, controlled study of specific therapeutic effects of CBASP group therapy is warranted.

## 1. Einleitung

Erkrankungen, die mit dem Bild eines depressiven Syndroms einhergehen, werden zunehmend häufiger, bedeuten individuell eine starke Einschränkung der Lebensqualität und Beeinträchtigung im alltäglichen Leben und sind zudem wirtschaftlich sehr teuer (Gustavsson et al., 2011). Sie können im Rahmen verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder auftreten, insbesondere bei affektiven Störungen wie der unipolaren Depression, der bipolaren Depression oder der Dysthymie. Unter den affektiven Störungen ist die unipolare Depression die mit Abstand häufigste Erkrankung mit einer weltweiten Lebenszeitprävalenz von etwa 16 % (Kessler et al., 2003) und europaweit einer jährlichen Prävalenz von 6,9% (Wittchen et al., 2011). Mittlerweile geht man entgegen der ursprünglichen Annahme, dass es sich bei der unipolaren Depression um ein Krankheitsbild handelt, das zwar rezidivierend auftreten kann, jedoch zwischen den Episoden vollständige Remissionen zeigt, davon aus, dass in jedem dritten bis fünften Fall eine chronische Verlaufsform auftritt (Kennedy, Abbott, & Paykel, 2003; McCullough, 2003).

Eine chronische Depression wird ab einem Andauern der depressiven Symptomatik über mindestens zwei Jahre ohne zwischenzeitliche vollständige Remission diagnostiziert (Gelenberg, Kocsis, McCullough, Ninan, & Thase, 2006; Keller et al., 1995).

Es ist empirisch belegt, dass Menschen mit chronischer Depression unter noch schlechterem subjektivem Wohlbefinden und Beeinträchtigungen im sozialen Funktionsbereich leiden als episodisch depressiv Erkrankte (Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spritzer, 1995), (Miller et al., 1998), (Satyanarayana, Enns, Cox, & Sareen, 2009). Darüber hinaus nehmen sie noch häufiger medizinische Behandlungen in Anspruch, weisen eine höhere Hospitalisierungsrate auf und begehen häufiger Suizidversuche (Klein et al., 1998), (Klein, 2000).

Chronisch depressive Menschen gelten im klinischen Alltag als deutlich seltener erfolgreich zu behandeln als Patienten mit episodischen Verläufen der Depression; die Responderaten auf Medikation, Psychotherapie und Placebo liegen bei dieser Patientengruppe niedriger als bei denjenigen mit episodischem Verlauf (vgl. Dunner, 2001; Gelenberg et al., 2003). Bschor (2008) merkt darüber hinaus an: *„Im stationären Bereich ist Therapieresistenz [im Sinne eines chronischen Verlaufes der Depression] einer der häufigsten Einweisungsgründe bei depressiven Patienten“* (Bschor, 2008, p. 14).

Im Gegensatz zur episodisch verlaufenden Depression, die Forschungsgegenstand zahlreicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Studien ist, liegen zur chronischen Depression bislang wenige evidenzbasierte Behandlungsansätze vor. Erst in den letzten Jahren ist die Sonderstellung der chronischen Depression und die damit verbundene Notwendigkeit der Entwicklung neuer Behandlungsstrategien zunehmend zum Forschungsinteresse geworden.

Mittlerweile gehen einige Forscher davon aus, dass der Entwicklung einer chronischen Depression andere Pathomechanismen zugrundeliegen als der episodischen Depression. Im Gegensatz zu Patienten mit episodischen rezidivierenden Depressionen<sup>1</sup> zeigen 70% der chronisch depressiven Patienten einen frühen Beginn der Erkrankung (early onset type; Erkrankungsbeginn vor dem 21. Lebensjahr) (Cassano, Akiskal, Perugi, Musetti, & Savino, 1992). Diese wiederum weisen eine hohe Rate an frühen Traumatisierungen auf (vor allem emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung) (Bernet & Stein, 1999; Klein & Santiago, 2003; Wiersma et al., 2008), was sie von Patienten mit episodisch verlaufenden Depressionen unterscheidet.

Die Arbeitsgruppe von Köhler und Kollegen (2015) kommt dabei zu folgendem Schluss: *„Particularly for inpatients with chronic major depressive disorder, there is an urgent need for novel treatment approaches which specifically target chronic symptoms and that result in superior treatment outcomes.“* (Köhler et al., 2015 p.131) Auch Ley, Helbig-Lang, & Petermann (2009) sind der Meinung, die Entwicklung und Evaluation wirksamer Therapieansätze für chronisch depressive Patienten auf der Grundlage des Verständnisses für die Krankheitsentstehung dringend forciert werden sollten, um chronisch Depressive erfolgreicher behandeln zu können.

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, kurz CBASP, ist diesem Bedarf folgend das erste und bislang einzige Psychotherapiekonzept, das speziell für die Behandlung chronisch depressiver Patienten entwickelt wurde (McCullough, JR., 2000; dt. Version: McCullough, 2006). Begründer dieser Therapieform ist der amerikanische Psychologe James McCullough Jr. Dieser entwickelte sein Konzept ausgehend von der Grundhypothese, dass die Entstehung chronischer Depression auf eine Entwicklungsstörung bzw. regressive Entwicklung im emotional-sozialen Bereich einer Person zurückzuführen ist, häufig hervorgerufen durch kindliche Traumatisierungserfahrungen. Diese hätten zur Folge, dass der chronisch depressive Patient auf dem interpersonell-sozialen Funktionsniveau eines 5-7-Jährigen – in der

---

<sup>1</sup> Bei unipolar-depressiven Erkrankungen wird das durchschnittliche Ersterkrankungsalter zwischen dem 30. bis 45. Lebensjahr angegeben Laux (2013)

Sprache Piagets auf präoperationalem Denkniveau (Piaget, 2002, c1959; Piaget, Brown, Kaegi, & Rosenzweig, 1981) – verbleibt oder dorthin zurückversetzt wird.

Ausgehend von diesen psychopathologischen Annahmen entwickelte McCullough ein spezifisches Therapiekonzept zur psychotherapeutischen Behandlung der chronischen Depression, das in besonders starkem Maße die häufig mangelnden sozialen Fähigkeiten des Patienten sowie die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeut berücksichtigt. Er fasst dies wie folgt zusammen: *„CBASP verändert den kognitiven Fokus auf situationale interpersonelle Konsequenzen bei zwischenmenschlichen Begegnungen. [...] Zuerst bringen wir den Patienten bei, ihre Wirkung auf andere zu erkennen und im Anschluss zeigen wir ihnen, dass sie ihr Verhalten ändern müssen, wenn sie mit den Konsequenzen ihres Handelns nicht zufrieden sind.“* (Gelenberg et al., 2006, p. 181)

Er sah diese Behandlungsmethode ursprünglich als Einzeltherapie für den ambulanten Rahmen vor. In dem Konzept werden Ansätze aus unterschiedlichen herkömmlichen Therapierichtungen zusammengeführt. Verwendung finden kognitiv-emotionale, verhaltenstherapeutische, interpersonelle und psychodynamische Elemente.

Die bislang durchgeführten Studien erwiesen eine gute Wirksamkeit von CBSAP in der ambulanten Behandlung chronisch depressiver Patienten. So konnten Keller et al. (2000) in ihrer Studie zeigen, dass die kombinierte Anwendung von CBASP und Medikation (Nefazodon – ein dualserotonerges Antidepressivum) der Monotherapie überlegen war. Mit einer Responserate von 85% in der Patientenstichprobe zeigte sich eine sehr gute Eignung der Therapie in der Behandlung der chronischen Depression.

Auf eine Behandlung mit CBASP scheinen außerdem eben jene Patienten mit zusätzlichen frühen Traumatisierungen besonders gut anzusprechen, was in einer Sekundäranalyse der Studie von Keller et al. (2000) zum Ausdruck kam (Nemeroff et al., 2003).

Aufgrund der offensichtlichen Wirksamkeit von CBASP wurde es immer interessanter, die Wirkweise der CBASP-Therapie besser zu verstehen und damit auch Prädiktoren für einen erfolgreichen Therapieverlauf identifizieren zu können. Dafür ist es notwendig, die Theorie McCulloughs näher zu beleuchten und die Annahmen, die er macht, in klinischen Studien zu operationalisieren. In diesem Bestreben konnten beispielsweise Klein et al. (2011) in ihrer Studie zeigen, dass Patienten durch 12-wöchige CBASP-Therapie eine signifikant größere Verbesserung ihres sozialen Problemlöseverhaltens erreichen konnten als Patienten, die während dieser Zeit mit



Brief Supportive Psychotherapie (BSP) oder Pharmakotherapie behandelt wurden. Diese und weitere Untersuchungen mit ähnlichen Zielen bezogen sich auf die ambulante Einzeltherapie.

In den letzten Jahren hat es sich immer wieder bewährt, störungsspezifische Konzepte auch für den stationären Behandlungsrahmen zu implementieren.

Mittlerweile belegen zahlreiche Evaluationsstudien für stationäre Therapiekonzepte, dass Patienten mit affektiven Erkrankungen besonders von einem strukturierten Gruppenangebot (in Kombination mit Einzeltherapie und pharmakotherapeutischer Behandlung) profitieren (Schaub, Kopinke, Neusser, & Charypar, 2007) und ein solches gruppentherapeutisches Angebot hohe Akzeptanz bei den Patienten erreicht (Backenstraß M. et al., 2001).

Um die Relevanz gruppentherapeutischer Konzepte als wirksame Elemente im stationären Bereich zu berücksichtigen, entwickelten Brakemeier und Schramm (2009) die CBASP-Gruppentherapie DO!, die in Ergänzung zur CBASP-Einzeltherapie eingesetzt werden kann und eine Vertiefung der Lerninhalte, die dort erarbeitet wurden, ermöglicht.

Erste Ergebnisse einer multizentrischen Evaluation der Gruppentherapie CBASP DO! im Rahmen eines gesamtstationären Behandlungskonzeptes zeigen eine durchweg positive Bewertung der Gruppentherapie von Seiten der Patienten (Posterpräsentation CBASP-Kongress 2015: Sabaß et al., 2015).

Außer diesen ersten Ergebnissen und einer Pilotstudie von Brakemeier et. al (2015), mit der an 70 multizentrischen Patienten die Durchführbarkeit und Akzeptanz des stationären Konzeptes untersucht wurde, gibt es allerdings bislang keine veröffentlichte Datenlage, die die CBASP-Gruppentherapie als Baustein eines gesamtstationären Konzeptes beleuchtet. Insbesondere fehlen Erkenntnisse, die über die Wirksamkeit hinaus die Wirkweise und mögliche Wirkfaktoren der Gruppentherapie untersuchen.

Die vorliegende Studie hat das Ziel, einerseits die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der CBASP-Gruppentherapie DO! an einer Patientenstichprobe der Schwerpunktstation für Depression der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Marburg zu evaluieren.

Besonderes Augenmerk soll darüber hinaus – abgeleitet aus der CBASP-Theorie McCulloughs – auf die Wirkweise der CBASP-Gruppentherapie gelegt werden. Untersucht wurden zu diesem Zwecke Entwicklungen im Bereich des präoperationalen Denkens, der sozialen Problemlösefähigkeit, des Empathievermögens und

des Stimuluscharakters im Verlauf der stationären Therapie. Dadurch sollen auch Anhaltspunkte gewonnen werden, welche Therapieelemente besonders wirksam sind und in welcher Weise diese zu einer erfolgreichen Therapie beitragen.

Im nachfolgenden Kapitel 2 werden zunächst der theoretische Hintergrund und aktuelle Forschungsstand für das Krankheitsbild der chronischen Depression, für Gruppentherapien im Allgemeinen und im stationären Rahmen sowie für das CBASP-Konzept geschildert. In Kapitel 3 finden sich die aus Theorie und Empirie abgeleiteten Fragestellungen für diese Studie. Daran anschließend (Kapitel 4) wird die Methodik der Studie beschrieben. Kapitel 5 stellt die Ergebnisse der Auswertung dar. Im letzten Abschnitt (Diskussion; Kapitel 6) werden die dargelegten Ergebnisse interpretiert, Limitationen der Studie genannt und ein Ausblick für zukünftige Studien gegeben.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1. Chronische Depression**

Das in dieser Arbeit evaluierte Gruppentherapiekonzept bezieht sich ausschließlich auf die Behandlung chronisch depressiv erkrankter Patienten. Aus diesem Grunde wird sich die folgende theoretische Darstellung schwerpunktmäßig mit dem Krankheitsbild der chronischen Depression befassen. In diesem Rahmen werden theoretische Grundannahmen, auf denen die Therapie fußt, sowie empirische Studienergebnisse dargelegt.

#### **2.1.1 Klassifikation und diagnostische Kriterien**

Im Rahmen der Erkenntnis, dass das Konzept der Depression als eine episodisch verlaufende Erkrankung mit vollständigen Remissionen zwischen den Episoden in 20-30 % der Fällen nicht zutreffend ist (Keller, Shapiro, Lavori, & Wolfe, 1982, Kocsis & Frances, 1987), wurde es nötig, eine Definition für die chronischen Verläufe festzulegen. Chronische Depressionen sind eine heterogene Gruppe von Krankheitsbildern, die allgemein gesprochen als Depressionen angesehen werden, deren Symptomatik mindestens zwei Jahre andauert, ohne eine Unterbrechung der Symptomatik von mehr als zwei Monaten zu erreichen (Gelenberg et al., 2006).

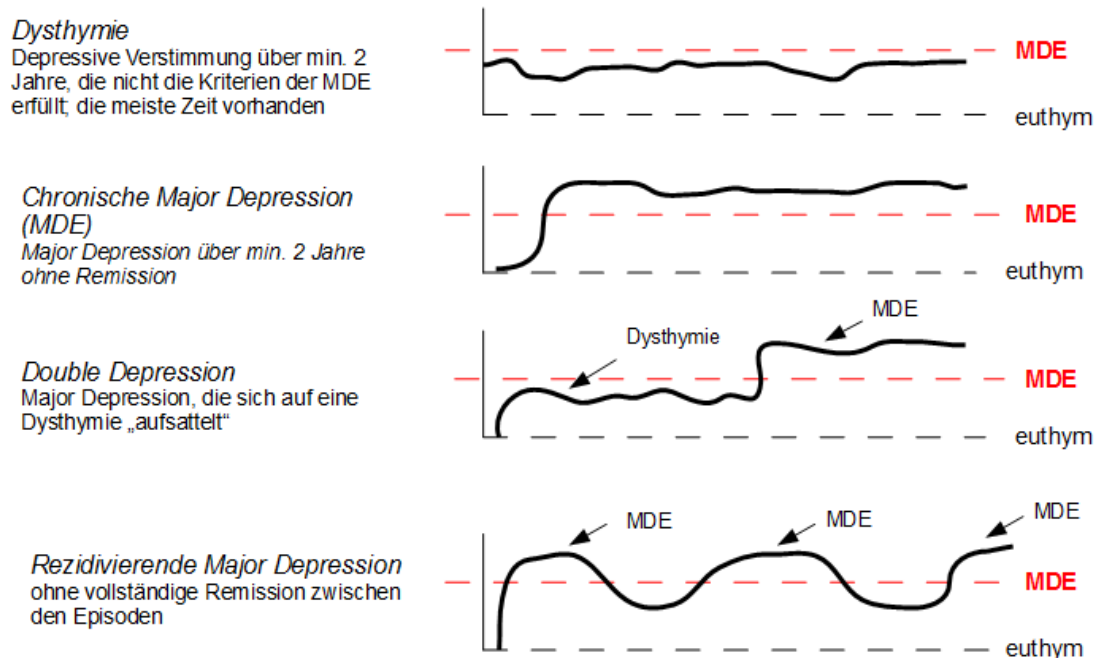
Über die Einteilung der chronischen Depressionen und die Definition von Subtypen wurden viele Diskurse geführt. Nach Dunner et al. (2001) gibt es vier Verlaufsformen der chronischen Depression (vgl. Abbildung 1). Diese werden auch im DSM IV, das zum Zeitpunkt der Studiendurchführung noch allgemeine Gültigkeit besaß, aufgeführt:

- Die Dysthymie (300.4), die eine depressive Verstimmung über mindestens 2 Jahre darstellt, ohne dass dabei die Kriterien für eine Major Depressive Episode (MDE)<sup>2</sup> erreicht werden. Die Symptome müssen an den meisten Tagen während der meisten Zeit des Tages vorhanden sein.
- Die chronische Major Depression (296.2x), die beim Auftreten des Vollbildes einer Major Depressive Episode (MDE) über den Zeitraum von mindestens 2 Jahren vorliegt.

---

<sup>2</sup> Die Kriterien einer depressiven Episode oder Major Depressive Episode (MDE) sind im Anhang auf Seite 167 dargestellt

- Die Double Depression (300.4 + 296.2x), die durch das Auftreten einer MDE bei vorbestehender Dysthymie gekennzeichnet ist.
- und die rezidivierende Major Depression (296.3x), bei der es im Zeitraum von mindestens zwei Jahren nicht zu einer vollständigen Remission zwischen den Episoden kommt.



**Abbildung 1:** Klinische Formen der chronischen Depression (nach Dunner, 2001)

Unter anderem McCullough merkt zu dieser Einteilung an (McCullough et al., 2003), (Gelenberg et al., 2006), dass es keine qualitativen Unterschiede zwischen den beschriebenen Subtypen gäbe. Ohne Probleme könnten die bestehenden Unterheiten chronischer Depression zu einer einzigen Kategorie, der chronischen Depression, zusammengefasst werden (Gelenberg et al., 2006, p. 179). McCullough schlägt zur Einteilung eine Vierfelder-Tafel vor, bei der zwischen akutem/episodischem und chronischem Verlauf sowie leichter und moderater bis schwerer Symptomatik differenziert wird. Auch Helbig-Lang und Petermann kommen 2009 nach einer Analyse mehrerer Studien zum Thema der Subtypenunterschiede der chronischen Depression zu dem Schluss, dass die Unterteilung jeglicher empirischer Grundlage entbehre und klinisch keine Relevanz aufweise (Helbig-Lang & Petermann, 2009). Klein fasst 2008 in einem Review zusammen, dass sich die im DSM IV veranschlagten Subtypen weder im Hinblick auf Komorbiditäten, Persönlichkeitsstrukturen, Funktionsniveau, Ausmaß depressiver Kognitionen, kindlicher Traumatisierungen und familiärer Psychopathologien noch im Bezug auf Ansprechraten auf Pharmako- und Psychotherapien oder Krankheitsverlauf und Outcome unterscheiden

(Klein, 2008). Auch wird von manchen Autoren kritisiert, dass bei Vorliegen einer Double Depression die Komponente der Dysthymie und der MDE einzeln kodiert würden. Vielmehr stellten diese beiden Bestandteile aber verschiedene Phasen eines einzigen Krankheitsbildes dar, dessen Ausprägung sich abhängig von stressauslösenden Lebensereignissen präsentierte (Klein & Santiago, 2003).

Im 2013 erschienenen DSM V wird den Einwänden Rechnung getragen, dass die Aufführung unterschiedlicher Verlaufsformen der chronischen Depression keine klinische Relevanz für die Behandlung habe. Es wurde die Kategorie der *Persistierenden Depressiven Störung* eingeführt, die „die DSM-IV-Kategorie einer chronischen Major Depression und einer Dysthymie zusammenfasst“ (Falkai, 2015 p. 229). Die Kriterien für die neue Klasse der Persistierenden Depressiven Störungen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

**Tabelle 1:** Diagnostische Kriterien der Persistierenden Depressiven Störung nach DSM V

A	Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages an der Mehrzahl der Tage über mind. 2-jährigen Zeitraum
B	Währenddessen mindestens 2 der folgenden Symptome: 1. Schlechter Appetit oder Überessen 2. Insomnie oder Hypersomnie 3. geringe Energie oder Erschöpfungsgefühle 4. geringes Selbstbewusstsein 5. Konzentrationsschwierigkeiten oder Schwierigkeit beim Treffen von Entscheidungen 6. Gefühl der Hoffnungslosigkeit
C	Während des 2-Jahres-Zeitraums gab es keinen symptomfreien Zeitraum von mehr als 2 Monaten ohne Symptome aus A und B
D	Die Kriterien der Major Depression können in dem 2-Jahres-Zeitraum durchgängig erfüllt sein.
E	Zu keinem Zeitpunkt manische oder hypomane Episode; niemals waren Kriterien für zylothyme Störung erfüllt
F	Das Störungsbild kann nicht besser durch eine andere psychiatrische Diagnose erklärt werden
G	Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors
H	Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen.

Zu spezifizieren sind bei Diagnosevergabe die Begleitmerkmale (mit Angst, mit gemischten Merkmalen, mit melancholischen Merkmalen, mit atypischen Merkmalen, mit stimmungskongruenten psychotischen Merkmalen, mit stimmungsinkongruenten psychotischen Merkmalen, mit peripartalem Beginn). Zusätzlich können die Attribute teilremittiert und vollremittiert vergeben werden. Außerdem wird in der Diagnose berücksichtigt, ob es sich um einen Verlauf mit frühem Beginn (vor dem 21. Lebensjahr) oder mit spätem Beginn (mit dem 21. Lebensjahr oder später) handelt. Darüber hinaus tauchen auch die alten Kriterien nach DSM IV noch als zusätzlich zu spezifizierende Kriterien auf (mit reinem dysthymem Syndrom, mit persistierender Episode einer Major Depression, mit intermittierenden Episoden einer Major Depression – mit aktueller Episode, mit intermittierenden Episoden einer Major Depression – ohne aktueller Episode). Zuletzt wird der aktuelle Schweregrad (leicht, mittel, schwer) der persistierend depressiven Erkrankung bewertet.

Wichtig ist zu betonen, dass eine chronische Depression nicht mit Therapieresistenz gleichzusetzen ist. Viele chronisch Depressive sind nicht therapieresistent, sondern wurden bislang noch nicht oder nicht in ausreichender Länge und Dosis behandelt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer sogenannten Pseudoresistenz (Bschor, Bauer, & Adli, 2014). Eine Therapieresistenz ist dagegen in vielen Zusammenhängen als ein Nicht-Ansprechen auf die Standardtherapie definiert, im Bezug auf die therapieresistente Depression als ein *„Nichtansprechen auf zwei Behandlungsversuche mit Antidepressiva verschiedener Wirkklassen in jeweils adäquater Dosis und Dauer“* (Bschor, 2008, Kapitel Definition p. 11). Baumeister et al. (2012) halten diese Definition allerdings für verkürzt, da die medikamentöse Therapie nicht die einzige First-Line-Therapie sei. Man solle zumindest spezifizieren, wobei die Resistenz aufgetreten sei (z.B. SSRI-Resistenz) (Baumeister & Parker, 2012). Im Gegensatz dazu ist die chronische Depression rein durch das Zeitkriterium von 2 Jahren Dauer definiert.

### **2.1.2. Epidemiologie, Verlauf und Risikofaktoren**

Prävalenzschätzungen gehen von einer Auftretenshäufigkeit chronischer Depressionen von etwa 3 bis 6% in der Allgemeinbevölkerung aus (Angst, Gamma, Rössler, Ajdacic, & Klein, 2009), (Satyanarayana et al., 2009). Anders ausgedrückt bedeutet das bei einer Lebenszeitprävalenz für depressive Erkrankungen von etwa 16 % (Kessler et al., 2003) einen Anteil von 20 – 30 % chronischer Verläufe (Gilmer et al., 2005; Keller et al., 1995). Eine Studie von Mueller et al. (1996) beobachtete über einen Zeitraum von 10 Jahren eine Kohorte von Patienten mit der Diagnose einer

Major Depression. 19 % der Patienten wiesen nach 2 Jahren noch Symptome auf. Je länger die Episode anhielt, desto geringer wurden die Aussichten auf Remission von Jahr zu Jahr. Fünf Jahre nach Beginn der Studie wiesen nach wie vor 12% der Patienten die Kriterien einer MDE auf, nach 10 Jahren waren es noch 7% (Mueller et al., 1996).

Bei einem Großteil der chronischen Depressionen ist ein früher Beginn (early onset; Beginn vor dem 21. Lebensjahr) zu beobachten (Nemeroff et al., 2003). Die beschriebenen Raten für einen frühen Beginn der chronischen Depression liegen bei ca. 70%-80% (Brakemeier et al., 2015; Schramm et al., 2015; Wiersma et al., 2014). Insgesamt beschreiben viele Studien einen früheren Beginn der chronischen im Vergleich zur episodischen Depression (z.B. 23 vs. 33 Jahre bei rezidivierender MD; Goryfallos et al., 1999). Auch eine Studie über 600 Patienten beobachtete einen signifikant früheren Beginn in der chronisch depressiven Kohorte (Mondimore et al., 2007). Allerdings konnten diese Ergebnisse nicht konsistent über alle Studien zu diesem Thema repliziert werden. In einigen Studien zeigte sich kein Unterschied im Ersterkrankungsalter zwischen den beiden Gruppen chronisch/episodisch (z.B. Gilmer et al., 2005, Angst et al., 2009), wobei bei diesen Studien das durchschnittliche Ersterkrankungsalter aller untersuchten Patienten unter 20 Jahren lag.

Insgesamt erscheinen unterschiedliche Verläufe und Ätiologien bei chronischer Depression mit frühem im Gegensatz zu chronischer Depression mit spätem Beginn vorzuliegen (Klein, 2008, 2010). Patienten mit frühem Beginn weisen höhere Raten an familiärer Belastung durch affektive Erkrankungen auf, haben mehr kindliche Traumatisierungen (z.B. Missbrauch, Zurückweisung durch die Eltern) und höhere Raten an komorbiden Achse I und II Störungen. Im Gegensatz dazu scheinen chronische Depressionen mit spätem Beginn mit großen persönlichen Verlusten und gesundheitlichen Problemen assoziiert zu sein (Klein & Santiago, 2003).

Wie auch bei der episodischen Depression scheinen Frauen doppelt so häufig von chronischen Depressionen betroffen zu sein wie Männer (vgl. Klein & Santiago, 2003). Eine andere Studie von Klein et al. (2004) sah das Geschlechterverhältnis sogar noch weiter zu Lasten der Frauen verschoben (Klein, Shankman, Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 2004). Allerdings liegen auch andere Daten vor, die geschlechtsspezifische Unterschiede nicht bestätigen konnten (z.B. Angst et al., 2009).

Nach Gelenberg et al. (2006) erleiden mindestens 60% der Patienten mit einer Dysthymie im Verlauf mindestens eine Major Depressive Episode (MDE). Klein et al. fanden 2000 in einer Fünf-Jahres Follow-up-Studie von Patienten mit Dysthymie eine 76,9%-ige Auftretenswahrscheinlichkeit für eine MDE im Verlauf bei Patienten, die

bislang keine MDE hatten (Klein, 2000). Insgesamt zeigte sich für alle dysthymen Patienten dabei eine 90%-ige Wahrscheinlichkeit, im Verlauf der Dysthymie eine depressive Episode zu entwickeln. Nach Keller et al. (1995) lag die Rate der Patienten, die im Verlauf der Erkrankung eine Episode einer Major Depression entwickelte, bei 75% (Keller et al., 1995). Umgekehrt betrachtet haben 25% der Patienten mit einer Major Depression Episode eine vorausgegangene Dysthymie (Klein & Santiago, 2003).

Insgesamt gesehen zeigt sich im Verlauf der chronischen Depression eine sehr geringe Spontanremissionsrate. Zudem liegen die Placeboresponseraten mit 12 bis 15% im Vergleich zu 40% bei episodisch depressiven Patienten sehr niedrig (vgl. Brakemeier, Schramm, & Hautzinger, 2012). Chronische Depressionen erfordern im Verlauf eine hohe Behandlungsintensität; die Hospitalisierungsraten sind hoch. Laut der Studie von Klein et al. (2000) konnten bei Patienten mit dysthymen Störung und Double Depression signifikant häufiger Suizidversuche erfasst werden als bei rezidivierenden Depressionen und damit einhergehende stationäre Behandlungen waren ebenso deutlich häufiger.

Der chronische Verlauf mit häufig frühem Beginn bedingt insgesamt ein niedrigeres Bildungsniveau, geringeres Einkommen und häufigere Arbeitslosigkeit. Viele Patienten sind alleinstehend und haben weniger Kinder als nicht-chronisch depressive Patienten (Gilmer et al., 2005).

Im Bezug auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Depressionen konnten einige Risikofaktoren identifiziert werden. Es liegen Hinweise für mögliche genetische Prädisposition sowie Prädisposition durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Traumatisierungserfahrungen vor (Helbig-Lang & Petermann, 2009).

Traumatische Erlebnisse in der Kindheit scheinen einen der stärksten Prädiktoren für Chronizität darzustellen und korrelieren auch innerhalb der Gruppe chronisch depressiver Patienten direkt mit der Dauer der Depression (Klein et al., 2009). Menschen mit chronischer Depression berichten zudem von schlimmeren Traumatisierungen in der Kindheit und häufiger von maladaptiven Erziehungsstilen der Eltern als nicht-chronisch Depressive (Brown, Craig, T. K J, Harris, & Handley, 2008). Eine große Kohortenstudie beobachtete, dass besonders emotionaler Missbrauch mit dem Risiko für depressive Erkrankungen in Verbindung stand und das Risiko für Depressionen (Lebenszeitrisiko und aktuell) kontinuierlich mit der Anzahl an frühen Kindheits-traumatisierungen anstieg (Chapman et al., 2004).



Ebenso gibt es Nachweise für veränderte physiologische Reaktionen auf Stress-situationen als eine Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse), ausgelöst durch traumatische Erfahrungen und langanhaltende Misshandlungen. Dabei komme es zu einer Sensitivierung neuroendokriner und autonomer Reaktionen auf Stress, die sich beispielsweise in einer Hypersekretion von CRH, ACTH, Cortisol und Katecholaminen und deren verminderten Supprimierbarkeit äußere (vgl. z.B. Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). Ebenso konnten bei missbrauchten Probanden verminderte Hippocampusvolumina und verminderte Oxytocinkonzentrationen festgestellt werden. Letztere sind möglicherweise zu erklären durch verminderte Entwicklung von Hirnarealen, die mit sozialen Bindungen in Verbindung stehen. Mittlerweile konnten einige Genvarianten identifiziert werden, deren Vorliegen eine verstärkte Resilienz bzw. verstärkte Anfälligkeit für die Entwicklung von Depressionen gegenüber Traumatisierungen vermitteln. Beispielsweise erwiesen sich Individuen als besonders stressanfällig, wenn sie zwei kurze Allele des Serotonin-Transportergens aufwiesen (Risch et al., 2009). Auch konnten verschiedene Haplotypen des CRH-1 Rezeptorgens identifiziert werden, die Risiko bzw. Resilienz für depressive Effekte von Kindheitstraumata vermitteln (Bradley et al., 2008; Polanczyk et al., 2009).

Eine positive Familienanamnese für chronische Depressionen scheint einen Risikofaktor für das Auftreten chronischer Depressionen darzustellen, besonders für Verläufe mit frühem Beginn (Klein & Santiago, 2003). Verwandte von chronisch depressiven Menschen weisen signifikant höhere Raten an chronischen Depressionen auf als Verwandte von Personen mit nicht chronisch verlaufenden depressiven Erkrankungen. Zusätzlich scheint das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen bei Verwandten ersten Grades ein Prädiktor für chronische Verläufe bei Auftreten einer Depression zu sein (Mondimore et al., 2006).

Ebenso konnte gezeigt werden, dass eine chronische Depression der Mutter eine größere Auswirkung auf das Kind im Hinblick auf seine Entwicklung und Ausbildung von Psychopathologien hat, als eine nicht-chronische Depression (Field, Diego, Hernandez-Reif, & Ascencio, 2009).

Auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie erhöhte Ausprägung von Neurotizismus könnten als prämorbid Marker für chronische Verläufe der Depression in Frage kommen (Riso et al., 2003).

Hölzel et al. (2011) haben in einer ausführlichen Metaanalyse mögliche Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf von Depressionen untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

**Tabelle 2:** Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf der Depression (nach Bschor (2014) auf der Grundlage einer Metaanalyse von Hölzel et al. (2011))

	Risikofaktoren	Assoziierte Faktoren
<b>Eindeutige Evidenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Familienanamnese für affektive Störungen</li> <li>- Früher Beginn der Depression</li> <li>- Lange Dauer der depressiven Episoden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komorbide Angststörung</li> <li>- Komorbide Persönlichkeitsstörung</li> <li>- Komorbide Abhängigkeits-erkrankung oder Substanz-missbrauch</li> <li>- schlechte soziale Integration</li> <li>- negative soziale Interaktion</li> <li>- geringere Ausprägung der depressiven Symptomatik</li> </ul>
<b>Uneinheitliche Evidenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- weibliches Geschlecht</li> <li>- Familienanamnese für Abhängigkeitserkrankung oder Substanzmissbrauch</li> <li>- viele (&gt;3) vorangegangene depressive Episoden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>- niedriges Bildungsniveau</li> <li>- Partnerlosigkeit (nie verheiratet, ohne Partner, getrennt lebend, geschieden, verwitwet)</li> <li>- einschneidende Lebensereignisse</li> <li>- fortgeschrittenes Alter</li> </ul>

### 2.1.3. Komorbiditäten

Chronische Depressionen weisen insgesamt sehr hohe Komorbiditätsraten auf. Laut einer Untersuchung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (Angst et al., 2009) kamen in der Gruppe der chronisch depressiven Patienten besonders häufig Abhängigkeitserkrankungen (v.a. Alkoholmissbrauch und Benzodiazepin-Abusus), generalisierte Angststörungen, Panikstörungen und Agoraphobie, Zwangsstörungen, Soziale Phobien und Essstörungen vor. Dabei waren das Vorkommen von Sozialen Phobien und Missbrauch von Benzodiazepinen signifikant häufiger als bei episodischen Depressionen. Auch in Studien von Gilmer et al. (2005), Klein et al. (2004) und (Köhler et al., 2015) konnten höhere Raten für Achse I Störungen gefunden werden, ebenso wie in einer Studie von Swan et al. (2014), die besonders das komorbide Auftreten von generalisierten Angststörungen, Agoraphobie, Panikstörungen und sozialen Phobien bestätigte (Swan et al., 2014).

Darüber hinaus kommen bei chronisch Depressiven in hohem Maße komorbide Persönlichkeitsstörungen vor (z.B. Riso et al., 2003). Am häufigsten sind dabei die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die histrionische, ängstlich/vermeidende und

abhängige Persönlichkeitsstörungen. Diese treten bei chronischen Verlaufsformen der Depression signifikant häufiger auf als bei episodischen Verläufen, besonders bei frühem Beginn der chronischen Depression (Klein & Santiago, 2003). Insgesamt gesehen scheinen Persönlichkeitsstörungen bei ca. 50% chronisch depressiver Patienten vorzukommen. Über 20 % weisen dabei mehr als eine Persönlichkeitsstörung auf (Brakemeier et al., 2012, p. 13). Studien, die chronisch depressive Patientengruppen im stationären Setting untersuchen, legen nahe, dass der Anteil an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen dort sogar noch höher liegt (vgl. Brakemeier et al., 2015).

Auch somatische Erkrankungen kommen bei chronisch Depressiven häufiger vor als bei episodisch Erkrankten. Dabei liegen die Raten für Herz- und Atemwegserkrankungen sowie Schlaf- und Schmerzstörungen besonders hoch (Angst et al., 2009). Zudem konnte ein Zusammenhang des Vorkommens vermehrter körperlicher Begleiterkrankungen bei chronischen Depressionen mit stärkeren Beeinträchtigungen in Lebensqualität und Funktionsniveau eruiert werden (Gilmer et al., 2005).

#### **2.1.4. Entstehungsmodelle**

Es gibt wenige schlüssige Gesamtkonzepte für die Entstehung chronischer Depressionen. Die einzige Theorie, die chronische Depression in einen neuen Ätiologiekontext stellt und sie damit von der episodischen Depression abgrenzt, wurde von James McCullough (2000; dt. Ausgabe McCullough, 2006) vorgelegt. Diese wird im Kapitel 2.3.1 (*Entstehungstheorie der chronischen Depression nach James McCullough*) dargestellt. Zusätzlich gibt es eine Adaptation des Genesemodells für depressive Erkrankungen aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für die Entstehung der chronischen Depression als multifaktorielles Entstehungskonstrukt von Brakemeier und Hautzinger (2008) (Brakemeier & Hautzinger, 2008). Dabei werden verschiedene Theorien integriert, die sich für die Entstehung der episodischen Depression als relevant erwiesen, aber jeweils nur einen Teilaspekt der Depressionsentstehung erklären können. Ergänzt wird das Modell um Variablen, die mit chronischen Verläufen assoziiert sind (vgl. Kapitel 2.1.3. *Risikofaktoren*). Darüber hinaus gibt es ein Entstehungsmodell aus der Schematherapie nach Renner et al. (2013).

Als Grundlage für die Verhaltenstherapie gilt zum einen die *Verstärker-Verlust-Theorie* (Lewinsohn, 1974), die einen Mangel an verhaltenskontingenten positiven Verstärkern als Ursache und als aufrechterhaltenden Faktor für Depressionen postuliert. Durch kurzfristig positiv verstärkende Faktoren wie besorgte Anteilnahme und entlastende Hilfsangebote, die den Depressiven von nahestehenden Personen

entgegengebracht werden, wird das insgesamt Verstärker-Mangel provozierende Verhalten zusätzlich aufrechterhalten. In der Folge aber fehlen vorstellbare Handlungsalternativen und der häufig bestehende Mangel an sozialen Fertigkeiten im Rahmen der Depression und das damit einhergehende defizitäre Interaktionsverhalten löse auf die Dauer aversive Reaktionen beim Umfeld hervor (z.B. Coyne, 1976). Damit einhergehend entstünde ein Mangel an sozialer Unterstützung und ein soziale Interaktionen meidendes Rückzugsverhalten, das schließlich frei von positiven Verstärkern sei. Den Wegfall sozialer Unterstützung halten Lara und Klein für einen wesentlichen Faktor bei der Chronifizierung von Depressionen (Lara & Klein, 1999).

Ein anderer Ansatz ist die *kognitive Depressionstheorie* von Beck. Diese geht davon aus, dass die Entstehung von Depressionen auf kognitive Störungen zurückzuführen ist, die zu einer kognitiven Verzerrung und negativen Schemata der eigenen Person führt. Bestandteil ist die sogenannte negative kognitive Triade, die sich aus negativen automatischen Gedanken über sich selbst, die Umwelt und die Zukunft zusammensetzt (Beck, 1976). Auch Beck vermutete, dass traumatische Kindheitserfahrungen an der Entstehung von depressiven Erkrankungen beteiligt seien. Diese führten zu negativen Schemata und Selbstkonzepten und damit zu einer verzerrten Wahrnehmung der Wirklichkeit. Zu den kognitiven Erklärungsansätzen der Depression zählen ebenfalls die Modelle der *erlernten Hilflosigkeit* (Seligman, Martin E. P., 1979) bzw. *Hoffnungslosigkeit* (Abramson, Seligman, M. E. P., & Teasdale, 1978; Alloy, Abramson, Metalsky, & Hartlage, 1988). Diese nehmen an, dass die Erfahrung von Hilflosigkeit und Kontrollverlust in aversiven Situationen (beispielsweise traumatische Erlebnisse) in Zusammenhang mit bestimmten Attributionsstilen zu einem globalen Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führen können. Je mehr eine Person dabei Hilflosigkeit auf unveränderliche Faktoren attribuiert, desto höher sei das Risiko einer Chronifizierung. Desweiteren entstehe Hoffnungslosigkeit aus dem Gefühl von Hilflosigkeit (dass aversive Ereignisse eintreten) und der Annahme, dass positive, wünschenswerte Erlebnisse grundsätzlich nicht eintreten sowie aus dem Gefühl der mangelnden Kontrolle über beide Faktoren.

Brakemeier und Hautzinger (2008) fassen das multifaktorielle Geschehen bei der Entstehung von unipolaren Depressionen wie folgt zusammen:

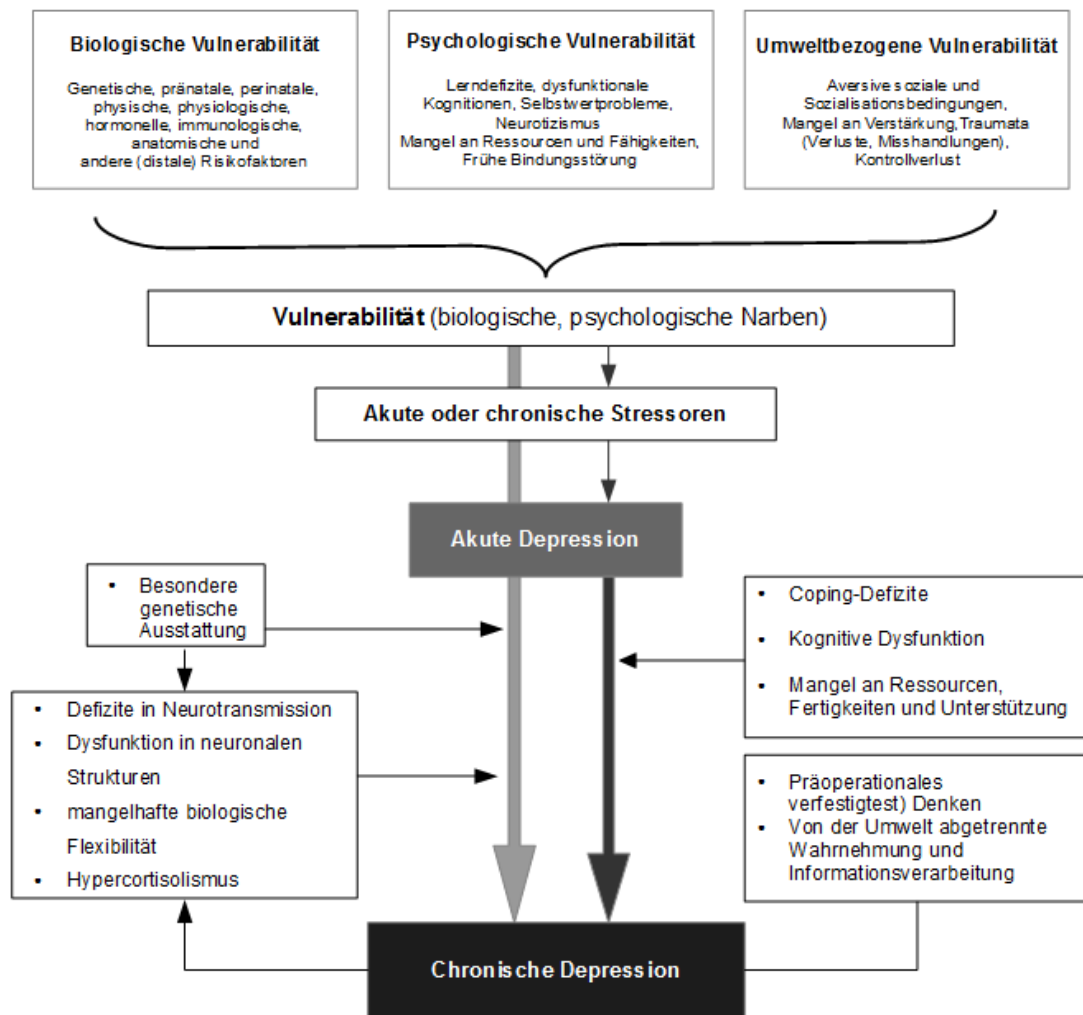
*„Unipolare Depressionen entstehen, wenn bei einem Individuum situative Auslöser auf eine Konstellation von realitätsfremden, verzerrten, negativen Kognitionen gepaart mit gelernter Hilflosigkeit und Verhaltensdefiziten sowie einem Mangel an positiv verstärkenden Aktivitäten stoßen.“*

(Bschor, 2008, p. 333)

Diese Aussage impliziert die zugrundeliegende Vorstellung eines Vulnerabilitäts-Stress-Genese-Modells depressiver Störungen, also einer Koinzidenz depressionsbegünstigender Faktoren, die beim Zusammentreffen in die Entwicklung einer Depression münden. Fügt man die für die chronische Depression typischen Stressoren und Vulnerabilitätsfaktoren hinzu, kann das Modell auf die chronische Depression übertragen werden. In dem Modell bilden biologische (wie genetische, physische und hormonelle Risikofaktoren), psychologische (u.a. Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Neurotizismus) und umweltbezogene, also soziale, Faktoren den Hintergrund für die Entstehung einer unipolaren Depression. Diese Komponente multipler Vulnerabilitäten scheint bei der chronischen Depression besonders bedeutsam zu sein. Der hohen Rate an Traumatisierungen und die damit verbundene erhöhte Sensibilisierung für Stress und verstärkte Stressreaktionen (vgl. Kapitel 2.1.3.) scheint dabei eine übergeordnete Rolle zuzukommen. In der Folge seien emotionale Deprivation, frühe Bindungsproblematik und defizitäre Selbstwertentwicklung zu beobachten (Brakemeier et al., 2012). Diese Faktoren und bereits beschriebene Risikofaktoren und daraus entstehende Folgen verhielten sich wie eine leicht aufbrechende oder nicht verheilende Narbe. Seien die Betroffenen dann mit kleinen Belastungen wie Einsamkeit, Frustration oder Kritik konfrontiert, sei dies ausreichend für die Entstehung von Depressionen oder deren Aufrechterhaltung. Durch das häufig frühe Auftreten der chronischen Depression entwickelten sich schon früh depressive Schemata und Verhaltensmuster, die zu insuffizienten Bewältigungsstrategien und Verhaltensdefiziten führten. Durch Mangel an positiven Erfahrungen trete ein chronifiziertes Gefühl von Frustration und Resignation sowie eine massive Ablehnungshaltung auf, die soziale Interaktion behindere und positive Beziehungsbildung (im Sinne von Ressourcen und sozialer Unterstützung) bedeutend erschwere.

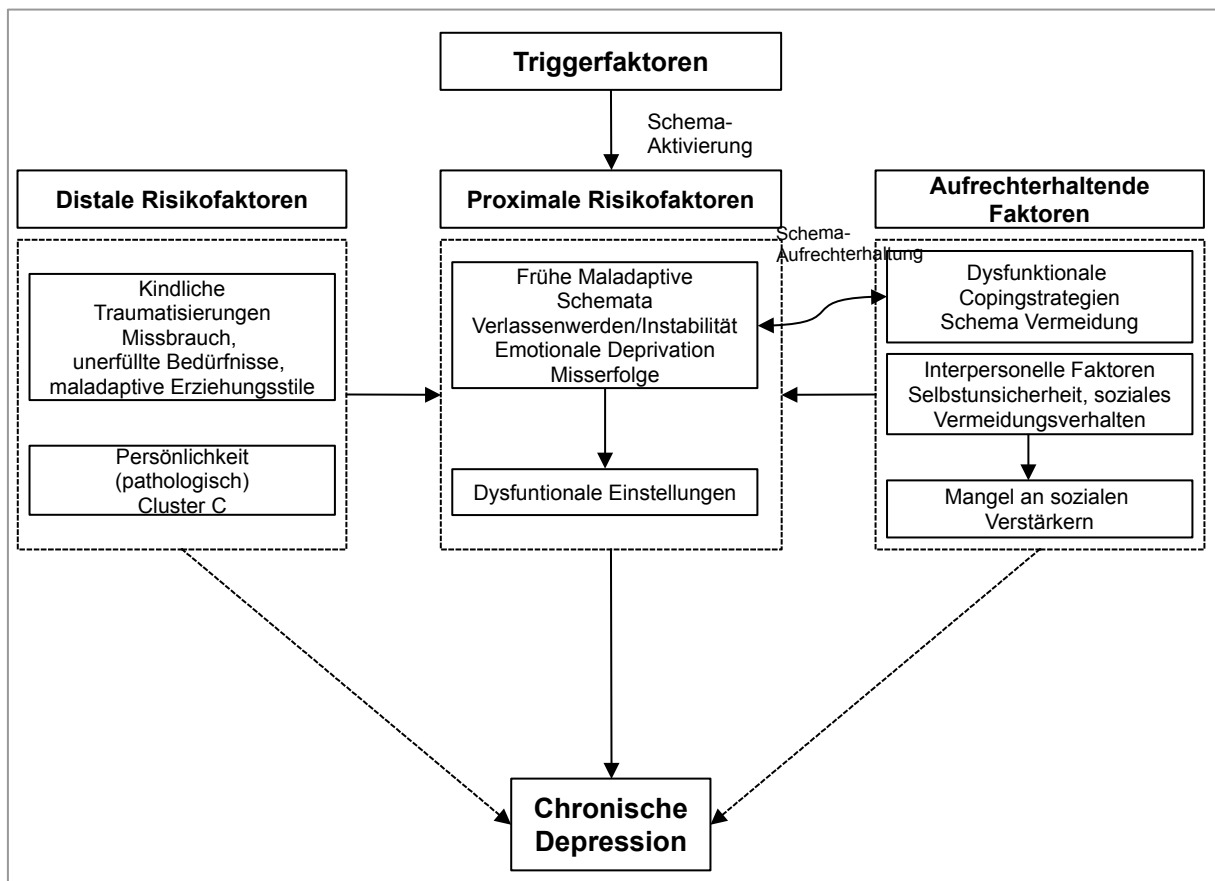
Brakemeier und Hautzinger (2012) haben in ihr Modell zusätzlich als aufrechterhaltenden Faktor die besondere kindlich-egozentrierte, von der Umwelt abgekoppelte Denkweise chronisch Depressiver aufgenommen, die McCullough als Grundlage der Chronizität annimmt. Dieser Aspekt wird in Kapitel 2.3.1. betrachtet.

In Abbildung 2 wird das beschriebene Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen Depression veranschaulicht.



**Abbildung 2:** Multifaktorielles Entstehungsmodell der chronischen Depression nach Brakemeier, Schramm und Hautzinger 2012, p.27)

Ein weiteres, verwandtes Konzept stammt aus der Schematherapie (ST), die davon ausgeht, dass durch kindliche Traumatisierungen frühe maladaptive Schemata (EMS) hervorgerufen werden, die dann als tiefgreifende negative Überzeugungen überdauern. Diese bleiben unterschwellig, bis sie von einschneidenden Lebensereignissen aktiviert werden. Sind sie einmal aktiv, können sie heftige emotionale Reaktionen hervorrufen. Durch die starke Vorbelastung durch Traumatisierungen und bevorzugt Cluster C Persönlichkeitsstörungen bei chronisch Depressiven, seien die EMS besonders ausgeprägt. Kämen nun aufrechterhaltende Faktoren wie unzulängliche Coping-Strategien, starke Vermeidungsschemata, soziales Vermeidungsverhalten und ein anhaltender Mangel an sozialen Verstärkern hinzu, führe dies zur Entwicklung chronischer Depressionen (Renner, Arntz, Leeuw, & Huibers, 2013). Das Modell ist in Abbildung 2 dargestellt.



**Abbildung 3:** Entstehungsmodell der chronischen Depression aus der Schematherapie nach Renner et al. (2013) p. 170

### 2.1.5. Klinische Merkmale und Schwierigkeiten für die Therapie

Chronisch depressive Patienten gelten im Allgemeinen als äußerst schwer zu behandeln. Das klinische Bild präsentiert sich zumeist sehr komplex mit zahlreichen Komorbiditäten, Persönlichkeitsstörungen und zu berücksichtigenden Traumatisierungserfahrungen. Häufig sind extremere Persönlichkeitszüge wie Neurotizismus und verstärkte depressive Kognitionen zu beobachten (Riso et al., 2003). Eine weitere Herausforderung bietet der Umgang mit der erhöhten Suizidalität der Patientengruppe. Diese Eigenschaften treten zusätzlich zu den klassischen depressiven Symptomen, die auch bei episodischen Depressionen vorliegen (vgl. Brakemeier et al., 2012).

Die Patienten zeigen bei Therapie mit herkömmlichen Methoden der Depressionsbehandlung ein wesentlich schlechteres Ansprechen auf Medikation und Psychotherapie. Beispielsweise zeigte sich eine um 20% schlechtere Ansprechquote auf kognitiv-behaviorale Therapie bei 12-16-wöchiger Behandlung von chronisch

Depressiven gegenüber einer episodisch depressiv erkrankten Gruppe (Thase, Reynolds, Frank, & Simons, 1994). Auffällig sind zudem geringere zu beobachtende Placeboeffekte (z.B. Dunner, 2001, Gelenberg et al., 2003).

Darüber hinaus bieten chronisch depressive Patienten durch das lange Andauern ihrer Symptomatik und die damit verbundene pessimistische Haltung gegenüber angebotenen Therapiemöglichkeiten eine besondere Herausforderung für die therapeutische Beziehungsgestaltung. McCullough fasst die Charakteristika chronisch depressiver folgendermaßen zusammen :

*„Während der ersten Therapiestunde wird der Therapeut folgende Beobachtungen machen:*

- wiederholter Ausdruck von Elend und Hoffnungslosigkeit*
- submissives und überfordertes Verhalten*
- Misstrauen in zwischenmenschlichen Kontakten, das sich auch in der Interaktion mit dem Therapeuten zeigt*
- eine verfestigte Überzeugung, dass nichts getan werden kann, um die Depression unter Kontrolle zu bringen*
- rigide, verfestigte Verhaltensmuster, die weder durch positive noch durch negative Ereignisse beeinflussbar zu sein scheinen“*

(McCullough, 2006, p. 6)

Desweiteren stellen viele Therapeuten bei ihren Patienten eine mangelnde Veränderungsmotivation fest. Zudem stehe häufig ein Gefühl der eigenen Unzulänglichkeiten und des subjektiven Versagens und damit eine ausgeprägte Selbstablehnung im Vordergrund sowie die Erwartung, von allen abgelehnt und abgewiesen zu werden. Die Patienten empfinden sich häufig nicht als liebenswert und glauben nicht, dass jemand sich um sie sorgen könnte. Ihr Blick auf sich, auf ihre Umwelt und in die Zukunft ist von starker Negativität geprägt und häufig ergänzen Suizidgedanken das klinische Bild (McCullough Jr, James P, 2006).

Dazu kommt, dass chronisch Depressive mehr Defizite im sozialen Bereich als episodisch Erkrankte aufweisen. Plausibel erscheint die Erklärung, dass aufgrund des häufig frühen Krankheitsbeginns weniger krankheitsfreie Intervalle bleiben und damit weniger Zeit zur Verfügung steht, soziale Lernprozesse zu durchleben und Sozialkompetenzen zu entwickeln (Gelenberg et al., 2006). In diesem Sinne konnte bei chronisch Depressiven auch signifikant mehr soziales Vermeidungsverhalten beobachtet werden (Ley et al., 2011). Auch Brockmeyer et al. (2015) fanden bei chronisch depressiven im Vergleich zu episodisch depressiven Patienten deutlich ausgeprägtere Strukturen von kognitiv-behavioralem und emotionalem Vermeidungsverhalten, welche auch für eine Differenzierung von chronisch versus episodi-



sche Depression herangezogen werden könnten (Brockmeyer, Kulesa, Hautzinger, Bents, & Backenstrass, 2015, p. 418).

Aus diesen aufgeführten Merkmalen chronisch depressiver Patienten ergibt sich für die Therapie die Herausforderung, neben der Symptomkontrolle und Bewältigung aktueller Belastungsfaktoren, die bei episodischen Depressionen im Therapiefokus stehen, weitergehend auf Vulnerabilitäts- und Chronifizierungsfaktoren einzugehen (Mikoteit & Hatzinger, 2009).

### **2.1.6. Behandlungsansätze**

Grundsätzlich werden in der Behandlung von affektiven Störungen mehrere Therapieansätze und -elemente eingesetzt. Diese umfassen sogenannte *somatische Therapien* (wie z.B. medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka, Wachttherapie (Schlafentzug), Lichttherapie und Elektrokonvulsionstherapie (EKT)), Psychotherapien oder Soziotherapie (z.B. Ergotherapie, sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung).

Die zwei gängigen Säulen der Behandlung der chronischen Depression sind antidepressive Medikation und psychotherapeutische Behandlung (Gelenberg et al., 2006). In mehreren Studien konnte die Überlegenheit der Kombinationsbehandlung im Vergleich zur Monotherapie bei chronisch depressiven Patienten eindeutig gezeigt werden (z.B. Keller et al., 2000, Manber et al., 2008). Bei der Studie von Keller et al. (2000) zeigte die Gruppe, die mit einer kombinierten Therapie aus Medikation und Psychotherapie behandelt wurde, eine um 20% höhere Remissionsrate im Vergleich zu den mit Monotherapie behandelten Gruppen. Die Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie ist daher eindeutig die erste Wahl bei der Behandlung chronischer Depressionen (Gelenberg et al., 2006; Michalak & Lam, 2002). Zudem verbessere Psychotherapie die Compliance bezüglich der regelmäßigen Medikamenteneinnahme, was einen zusätzlichen Aspekt der besseren Wirksamkeit der Kombinationstherapie darstellt (Bschor et al., 2014; de Maat, Saskia M, Dekker, Schoevers, & Jonghe, 2007).

Da die vorliegende Studie einen psychotherapeutischen Ansatz in der Behandlung der chronischen Depression untersucht, soll der Fokus an dieser Stelle auf Psychotherapieverfahren liegen.

Im Zusammenhang von pharmakologischer Therapie bei Depressionen wird weniger von Vorgehen bei chronischen Verläufen, sondern ganz überwiegend vom Umgang mit Therapieresistenz gesprochen. Das Vorgehen bei bislang medikamentös unbehandelter oder nicht ausreichend behandelter chronischer Depression entspricht

im Wesentlichen den Behandlungsprinzipien der akuten bzw. episodischen Depression und folgt bei Nicht-Ansprechen den evidenzbasierten Behandlungsschritten für Therapieresistenz. Auf die Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet. Da die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der chronischen Depression in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus öffentlichen Forschungsinteresses gerückt sind, gibt es mittlerweile einige Adaptationen von Psychotherapiekonzepten für die chronische Depression sowie ein von James McCullough eigens für chronische Depressionen entwickeltes Konzept, das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Insgesamt steht die Entwicklung und Evaluation wirksamer psychotherapeutischer Behandlungsmethoden aber erst am Anfang. Noch am besten untersucht sind die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und CBASP. Im Folgenden sind die bislang vorhandenen Ansätze und deren empirisches Fundament kurz dargestellt.

Die *kognitive Verhaltenstherapie (KVT)* ist ein strukturiertes, problemzentriertes und lösungsorientiertes Verfahren, das vom sogenannten Dreiecksmodell der Depression ausgeht, bestehend aus Handeln (Verhalten), Denken (Kognition) und Fühlen (Emotion). Alle drei Eckpunkte bilden ein Kontinuum und können sich gegenseitig beeinflussen. Insgesamt soll durch Verhaltensänderung und kognitive Umstrukturierung die Emotion hin zu positiven Gefühlen verändert werden. Die KVT setzt auch für die Behandlung chronisch depressiver Patienten das multifaktorielle Vulnerabilität-Stress-Genesemodell als Ausgangspunkt der Therapie ein, wobei dieses den Patienten nähergebracht und erläutert wird. Besonderheiten der chronisch-depressiven Patientengruppe sind aufwendigere Förderung von Therapiemotivation und der behutsame Beziehungsaufbau unter Berücksichtigung möglicher Traumatisierungen sowie der Bedarf längerer Therapiedauer und häufigerer Kontakte (mindestens 60 bis 80 Sitzungen, zweimal pro Woche; Brakemeier & Hautzinger, 2008, p. 336f.). Zudem solle der Fokus auf dem *Problemlösemodell* liegen, Einbeziehung von Partner oder Familie seien obligat. Riso und Newman (2003) betonen zudem, dass die ausgeprägte Hoffnungslosigkeit, die generalisiert negativen Grundüberzeugungen, die geringen sozialen Fähigkeiten, das Abstraktionsverhalten ebenso wie die depressive Identität der chronisch depressiven Patienten besondere Aufmerksamkeit in der Therapie geschenkt werden sollte.

Nach Brakemeier und Hautzinger (2008) sollen folgende Ziele in 10 Behandlungsphasen verfolgt werden:

- „ 1. Erreichen einer *Balance von angenehmen, verstärkenden Aktivitäten und Pflichten bzw. aversiven Aktivitäten*
2. *Steigerung positiv erlebter Erfahrungen*
3. *Überwindung der sozialen Defizite* durch Verbesserung der interaktionellen, kommunikativen Kompetenz und durch eine Korrektur überzogener Ansprüche und Einstellungen
4. Aufbau eines *differenzierenden, relativierenden, auf das konkrete Verhalten bzw. die konkrete Erfahrung und Situation bezogenen Denkens.*“

(Brakemeier & Hautzinger, 2008, p.339)

Der Nachweis für die Wirksamkeit von KVT bei chronisch Depressiven ist bislang eingeschränkt. Ältere Studien von De Jong (1986), Dunner (1996) und Thase (1994) bestätigen eine Wirksamkeit von KVT mit annehmbaren bis guten Remissionsraten. Miller, Norman und Keitner fanden 1999 für die Kombinationstherapie von KVT mit Medikation zunächst einen Vorteil, der sich aber in einer Follow-up-Phase verlor. Eine Studie von Hollon (2014) fand keinen signifikanten zusätzlichen Nutzen von KVT in Kombination mit antidepressiver Medikation bei chronisch depressiven Patienten im Vergleich zu akut oder episodisch Depressiven, die davon gut profitierten. Allerdings wurde hierbei ein nicht für die chronische Depression adaptiertes Manual verwendet. Studien, die sich konsequent an das von Brakemeier und Hautzinger (2008) vorgeschlagene Manual halten, liegen bislang nicht vor.

Die *Interpersonelle Psychotherapie (IPT)* von Klerman und Weisman (1984) ist ein ursprünglich für Patienten mit akuten und abgegrenzten unipolar depressiven Episoden entwickeltes Kurztherapieverfahren, das durch den Fokus auf psychosoziale und zwischenmenschlich-interaktionelle Probleme versucht, die Entstehung von depressiven Symptomen in gegenwärtigen Situationen zu vermindern. Dabei wird zunächst der relevante Konfliktbereich identifiziert und in drei Phasen intensiv bearbeitet. Die gängigen Gebiete für die therapeutische Arbeit sind pathologische Trauer, interpersonelle Konflikte, Rollenkonflikte (z.B. nach Rollenwechsel) und interpersonelle Defizite (Schramm, 2001). Die Anwendung der Therapieform bei chronisch Depressiven sei häufig dadurch erschwert, dass durch die langjährigen Verläufe keine eindeutigen aktuellen Konflikte identifiziert werden können (Ley et al., 2009). Trotzdem seien viele Probleme der chronisch Depressiven im interpersonellen Bereich anzusiedeln. Beispielsweise scheuten sie Konflikte, seien unfähig, mit Ärger umzugehen oder ihn zu äußern und verharrten häufig in einer passiven Rolle (Markowitz, 2003). Die IPT bei chronisch depressiven Patienten müsse an dem Punkt ansetzen, den Patienten die Veränderbarkeit ihrer Situation zu verdeutlichen und dies als Rollenwechsel anzusehen und positiv zu verstärken. Danach entspräche das

Vorgehen demjenigen bei akut oder episodisch Depressiven. Häufig werde allerdings eine längere Behandlungszeit notwendig (Ley et al., 2009).

Auch für die IPT-Behandlung liegt für die chronische Depression keine eindeutige Evidenz vor. Mehrere Studien konnten keine zusätzliche Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung mit IPT und Medikation gegenüber medikamentöser Monotherapie zeigen (z.B. Browne et al., 2002; de Mello, M. F., Myczcowisk, & Menezes, 2001; Markowitz, Kocsis, Bleiberg, Christos, & Sacks, 2005). Nur in einer Studie von Schramm et al. (2008), bei der 45 stationäre Patienten mit chronischer Depression (chronische MD oder DD) entweder mit IPT plus Sertralin (einem SSRI) oder *Klinisches Management* plus Sertralin behandelt wurden, konnte eine signifikant höhere Responserate für die IPT-Gruppe gezeigt werden.

Die Schematherapie (ST) ist ein bewährtes Verfahren in der psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und ausgelegt für chronische psychiatrische Erkrankungen (Young & Klosko, J. & Weishaar, M. E., 2003). Sie geht davon aus, dass frühe maladaptive Schemata (early maladaptive schema; EMS) die Grundlage für verschiedene Psychopathologien bilden. Diese haben Trait-Charakter und stellen tiefgreifende Überzeugungen über sich selbst und die Umwelt dar. Ihren Ursprung haben sie in frühen traumatischen Erfahrungen. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich mit zum Teil kognitiven Verfahren aus der KVT auf die Bearbeitung der Schemata und Entwicklung funktionalerer Coping-Strategien.

In der Anwendung für chronisch depressive Patienten (Renner et al., 2013) wird besonderes Augenmerk auf die vier angenommenen wichtigsten Entstehungsfaktoren für chronische Depression gelegt: kindliche Traumatisierungen, (pathologische) Persönlichkeitszüge, kognitive Faktoren wie hoch dysfunktionale Kognitionen, die sich aus dem gehäuften Auftreten von EMS ergeben und interpersonelle Faktoren wie ausgesprochenes soziales Vemeidungsverhalten.

Eine Studie mit einem hohen Anteil chronisch depressiver Patienten mit 6 Monaten wöchentlicher und 6 monatlichen Erhaltungssitzungen nach ST- oder KVT-Konzept zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bedingungen bei einer Remissionsrate von 50% nach den monatlichen Sitzungen nach einem Jahr (Carter et al., 2013). Für die Subgruppe der chronisch Depressiven stellte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied heraus. Eine reine Beobachtungsstudie mit 12 Patienten über 60 ST-Sitzungen zeigte bei über der Hälfte der Patienten eine Vollremission. Bei der unzureichenden Datenlage kann man sagen, dass die Schematherapie möglicherweise einen vielversprechenden Ansatz darstellen könnte, der noch weiter evaluiert werden muss.

Die *Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie* (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBCT) wurde ursprünglich als Rückfallprophylaxe für depressive Episoden entwickelt und ist eine manualisierte Gruppentherapie, bei der in Gruppen mit maximal 12 Teilnehmern in einem achtwöchigen Programm die Methoden „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ (MBSR) mit Elementen aus der kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert werden (Segal, Williams, J. M. G., & Teasdale, 2002). MBSR besteht dabei unter anderem aus Achtsamkeits-Meditationsübungen. Dabei soll erlernt werden, Körperempfindungen, Emotionen und Gedanken von Moment zu Moment wahrzunehmen und dabei stets entscheiden zu können, wie man darauf reagiert. Dysfunktionale Muster sollen erkannt und ebenso losgelassen werden können.

Eine randomisiert kontrollierte Studie mit geplanten 100-150 Patienten untersucht aktuell eine Gruppe von therapieresistenten Patienten, die MBCT oder eine Kontrolltherapie (Health-Enhancement-Program; HEP) bestehend aus Sport, Musiktherapie und Ernährungshinweisen über den Zeitraum von 52 Monaten erhalten. Die vorangegangene Pilotstudie mit 28 Patienten (Barnhofer et al., 2009), die auf die Gruppen MBCT und Treatment as usual (TAU) randomisiert wurden, zeigt eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik von durchschnittlich schweren hin zu leichten Symptomatiken über den Therapiezeitraum von acht Wochen. In der TAU-Gruppe konnte währenddessen keine signifikante Verbesserung erzielt werden. Auch hierfür bleiben weitere Evidenznachweise abzuwarten.

Eine gegenwärtige Studie vergleicht die Langzeitwirkung (5 Jahre) von *Psychoanalyse* mit KVT in Ergänzung zu einer bestehenden Pharmakotherapie. Die chronisch depressiven Patienten werden entweder nach Präferenz oder nach Randomisierung auf eine der beiden Bedingungen von niedergelassenen Therapeuten behandelt. Erste Auswertungen zeigten eine eindeutige Präferenz der Patienten hin zur Psychoanalyse. Die endgültigen Ergebnisse stehen noch aus. (Beutel et al., 2012)

Das *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* ist ein speziell für die Therapie chronisch depressiver Patienten entwickeltes Verfahren, das kognitiv-behaviorale, interpersonelle und psychodynamische Ansätze verbindet. Es zeigte für die Gruppe chronisch depressiver Patienten in mehreren Studien bislang vielversprechende Erfolge. Als zentrales Thema dieser Arbeit wird es in Kapitel 2.3. ausführlich besprochen.

Schmauss und Messer (2010) merken an, dass es sinnvoll wäre zu überprüfen, ob unterschiedliche Patientencharakteristika und Indikationskriterien Einfluss auf die Effektivität der spezifischen Psychotherapien haben können. So wäre es beispielsweise denkbar, „dass

- *Patienten mit frühkindlichen Traumata und komorbiden Persönlichkeitsstörungen besonders von CBASP profitieren, während*
- *Patienten mit vorwiegend interpersonellen Problemen durch eine IPT und*
- *Patienten mit schwerwiegenden aktuellen Problemen sowie dysfunktionalen Kognitionen durch eine KVT den größten Nutzen ziehen könnten“*

(Schmauss & Messer, 2010, p. 50 f.)

Insgesamt sind die Behandlungsempfehlungen für die Therapie der chronischen Depression in Brakemeier, Schramm und Hautzinger (2012) folgendermaßen zusammengefasst:

- Eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva ist grundsätzlich wirksamer als eine Monotherapie.
- Nur bei leichteren chronischen Depressionen (insbesondere Dysthymie) kann möglicherweise allein psychotherapeutisch behandelt werden.
- Psychotherapieverfahren mit spezifischer Anpassung für chronisch depressive Patienten wie CBASP können als empirisch bewährt angesehen und empfohlen werden (V.a. bei schweren chronischen Depressionen)
- Insbesondere bei Patienten mit frühen Traumatisierungen wird CBASP empfohlen.
- Jegliche Psychotherapie sollte in ausreichender Dauer (mind. 30 bis 50 Therapiesitzungen) durchgeführt werden.
- Bei therapieresistenter Depression sollte den Patienten immer eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

(Vgl. Brakemeier et al., 2012, p.31)

#### **2.1.7. Prädiktoren für Therapieoutcome bei der Behandlung chronisch depressiver Patienten**

Die STAR\*D Studie, eine der größten und umfassendsten Multicenterstudien zur Wirksamkeit von Antidepressiva, die die Ansprechraten von 2876 Patienten mit nicht-psychotischer Depression auf pharmakologische antidepressive Therapie untersuchte, ergab nach zwei adäquaten Behandlungsperioden mit zwei unterschiedlichen Antidepressiva eine Nonresponse-Rate von 35% (Rush, Trivedi et al., 2006). Als Einflussgrößen für ein Nicht-Ansprechen konnten folgende Faktoren ermittelt werden:

Komorbidität zum Beispiel mit Angst- oder Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität, der Schweregrad der Depression, eine höhere Anzahl von Rezidiven und ein früher Beginn der Störung (Souery et al., 2007), also ebenjene Faktoren, die auch häufig mit einer Chronifizierung der Depression in Zusammenhang stehen.

Durbin, Klein und Schwartz zeigten 2000, dass das Vorhandensein von Kindheits-traumata und familiären Psychopathologien stärkere Prädiktoren für eine fehlende Remission darstellten als klinische und demographische Variablen.

Eine andere Studie konnte zeigen, dass komorbide Angststörungen, Cluster-C Persönlichkeitsmerkmale und familiäre Vorbelastung für bipolare Störungen mit einer niedrigeren Remissionsrate verbunden waren (Hayden & Klein, 2001).

Auch Untersuchungen von Markowitz et al. in 2007 ergaben, dass Patienten mit episodischer Major Depression und komorbider Persönlichkeitsstörung eine signifikant schlechtere Remissionsrate aufweisen als Patientinnen ohne diese Komorbidität. Der Versuch von Agosti et al. (2009), dies in einer Metaanalyse auch für chronische Depressionen zu zeigen, ergab keine eindeutigen Ergebnisse. Beispielsweise zeigte eine eingeschlossene Studie von Maddux et al. (2009), dass Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen (vornehmlich aus Cluster C) nach einer 12-wöchigen Therapie (CBASP, Medikation oder Kombinationstherapie) sogar bessere Depressionswerte aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der bislang uneindeutigen Datenlage sind weitere Nachweise über den Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf das Therapie-Outcome chronisch depressiver Patienten daher weiterhin erforderlich.

Weiterhin scheinen Traumatisierungen in der Kindheit einen Prädiktor für schlechteres Ansprechen auf antidepressive medikamentöse Therapie (Hayden & Klein, 2001) und besseres Ansprechen auf Psychotherapie darzustellen (Nemeroff et al., 2003). Dabei könnten die Patienten besser auf diejenigen Psychotherapien ansprechen, in denen die Traumatisierungen ausdrücklich thematisiert werden (Renner et al., 2013).

Ein weiterer Moderator für Therapieoutcome, der zunehmend Beachtung findet, ist die Therapiepräferenz des Patienten. Eine Studie von Kocsis et al. (2009) untersuchte die Remissionsraten bei 429 chronisch depressiven Patienten, die bei Monotherapie entweder Psychotherapie (CBASP) oder Medikation bevorzugten und randomisiert den beiden Therapiebedingungen zugeteilt wurden. Sowohl in der Medi-

kations- als auch der Psychotherapiegruppe waren die Remissionsraten beträchtlich höher, wenn die Patienten ihrer Präferenz entsprechend behandelt wurden.

Desweiteren konnten Vocisano et al. (2004) die Ausführlichkeit, in der die therapeutische Beziehung während der Psychotherapie thematisiert wurde, als Prädiktor für Depressivität identifizieren. Die Ergebnisse stammen aus der Analyse von Daten einer Studie mit 173 chronisch depressiven Patienten, die mit Psychotherapie (CBASP) behandelt wurden. Als weitere Variable, die Einfluss auf das Therapieoutcome zeigt, nennt Vacisano die Ausrichtung des Therapeuten. Patienten, die von psychodynamisch orientierten Therapeuten oder KVT-Supervisoren behandelt wurden, zeigten signifikant niedrigere Depressivitätswerte als diejenigen, deren Therapeuten kognitiv-behavioral ausgerichtet waren.

Eine Studie von Arnow et al. (2013) identifizierte die Güte der therapeutischen Beziehung und Interaktion (gemessen am *Working Alliance Inventory* (WAI); Horvath, A. O. & Greenberg, L. S., 1989) ebenfalls als signifikanten Einflussfaktor für das Therapieoutcome bei Psychotherapie (CBASP und supportive Psychotherapie (BSP)). In der CBASP-Gruppe war dieser Zusammenhang besonders groß (Arnow et al., 2013). Dieses Ergebnis konnte von Arnow et al. (2003) bestätigt werden. Darüber hinaus stellte sich in dieser Studie das Ausmaß der therapeutischen Reaktanz als Prädiktor für die Depressivität am Ende der Therapie heraus. Entgegen der Erwartungen ging größere Reaktanz mit niedrigeren Depressionswerten zum Endpunkt einher.

Wie dargestellt gibt es also einige Anhaltspunkte für eine mögliche die Vorhersage des Ansprechens auf Medikation und Psychotherapie bei chronisch depressiven Patienten. Insgesamt ist dies allerdings noch ein wenig untersuchtes Forschungsfeld mit bislang zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen und bedarf weiterer Studienerkenntnisse, um daraus Konsequenzen für die klinische Anwendung ziehen zu können.

## **2.2. Therapiekonzept Gruppentherapie**

*„Man kann Gruppenpsychotherapie definieren als die Behandlung einer emotionalen oder psychischen Störung oder eines Anpassungsproblems mithilfe des Mediums Gruppe. Dabei wird darauf fokussiert, auf einer interpersonellen (sozialen), auf einer intrapersonellen (intrapsychischen) oder Verhaltensebene Veränderungen bei den teilnehmenden Klienten oder Gruppenmitgliedern zu induzieren“*

(Strauß, 2012, p. 10).



Diese Definition schlagen Strauß et al. in ihrem Lehrbuch *Gruppenpsychotherapie* vor und betonen dabei einige Vorteile und Stärken dieser Therapieform. In diesem Kapitel sollen zunächst spezifische Wirkfaktoren und der empirische Nachweis der Wirksamkeit dargelegt werden, bevor in den folgenden Abschnitten das Gruppenkonzept für depressive Störungen und den stationären Rahmen beschrieben wird.

### **2.2.1. Wirkfaktoren von Gruppentherapie**

Die Theorien unterschiedlicher Forscher zu den Wirkfaktoren von Gruppentherapien sind sehr heterogen und benennen häufig verschiedene Komponenten, die den Erfolg einer Therapie gewährleisten. Die beschriebenen Teilaspekte sind häufig inhaltlich sehr verwandt, hängen voneinander ab oder bauen aufeinander auf.

Mattke und Strauß (2012) benennen beispielsweise in Anlehnung an die Studienergebnisse von Johnson et al. (2005) vier zentrale Wirkfaktoren, die eine erfolgreiche Gruppentherapie ausmachen und die Grundlage für weitere Gruppenprozesse bieten. Diese lauten: Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie.

Das Gruppenklima lässt sich als „*Atmosphäre innerhalb der Gruppe*“ und den allgemeinen Umgang der Gruppenmitglieder untereinander sowie ihr Verhalten in der Gruppe beschreiben (Strauß, 2012, p. 72). Wichtigster Einflussfaktor hierbei sei das Engagement der Gruppenmitglieder. Hohes Engagement biete die Grundlage für weiterführende Gruppenprozesse und stehe in Zusammenhang mit weiteren Aspekten therapeutischer Beziehungsgestaltung (Johnson J.E., Burlingame, Strauß, & Bormann B., 2008). Diese Erkenntnis gelte konsistent für KVT-Gruppen. Untersuchungen an psychodynamischen Therapiegruppen zeigten weniger eindeutige Ergebnisse.

Der nächste von Mattke und Strauß (2012) als relevant erachtete Faktor ist die Gruppenkohäsion. Diese sei in der Literatur sehr uneinheitlich definiert. In ihrer Darstellung arbeiten die Autoren mit der ergänzten Definition von McCallum et al. (2002), dass Kohäsion „*die relationale Bindung der Gruppenmitglieder zueinander, zum Therapeuten sowie zur gesamten Gruppe [...repräsentiert] und [...] als Summe aller Kräfte beschrieben [wird], welche die Gruppe zusammenhalte.*“ (Strauß, 2012, p. 73)

Diese werde nicht zwangsläufig als Wirkfaktor angesehen, sondern vielmehr als notwendige und hilfreiche Voraussetzung für jegliche Art weiterführender Gruppenprozesse (vgl. z.B. Yalom, 2005). Burlingame et al. (2011) identifizieren in einer Metaanalyse über 40 Studien an Gruppentherapien zwei verschiedene Dimensionen von Kohäsion: eine Ebene der Beziehungsqualität und eine der Beziehungs-

struktur. Die Beziehungsqualität als inhaltliche Dimension umfasse die emotionale Kohäsion und die Effektivität als Arbeitsgemeinschaft („*task cohesion*“ Burlingame et al., 2011, p. 35). Die strukturelle Dimension fasse vertikale (Beziehung Mitglied-Leiter) und horizontale Kohäsion (Beziehung Mitglied-Mitglied und Mitglied-Gesamtgruppe) zusammen. Die gleiche Metaanalyse fand im Mittel über die eingeschlossenen Studien hinweg eine moderate Korrelation von Kohäsion und Therapieoutcome. Die stärksten Zusammenhänge zeigten sich dabei in Gruppen mit jungen Patienten und einem interpersonalen oder interaktiven Schwerpunkt. Dinger und Schauenburg (2010) identifizieren den interpersonalen Stil der Patienten als Moderator für diesen Zusammenhang. Patienten, die sich im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) als „zu feindselig“ einstuften, profitierten von höherer Kohäsion. Für Patienten, die sich als „zu freundlich“ einschätzten, galt das Gegenteil. Einen ähnlichen Aspekt beschreibt die therapeutische Allianz, die Johnson et al. (2005) als weiteren wichtigen Faktor der Gruppentherapie ausmachten. Damit wird die affektive Bindung zwischen Patient und Therapeut, die Verständigung über die zu bearbeitenden Aufgaben im Therapierahmen sowie die Einigung über Therapieziele bezeichnet (vgl. Strauß, 2012, p.77)). Ursprünglich wurde dieser Begriff im Bezug auf Einzeltherapien geprägt und lange nur in diesem Setting untersucht. Aber auch die Allianz in der Gruppe wurde mittlerweile als Wirkfaktor erkannt, der Selbstvertrauen fördern, labile Patienten unterstützen, Therapeutenfehler ausgleichen und maßgeblich zur Motivation der Patienten beitragen könne (vgl. Johnson J.E. et al., 2008, p.78). In den meisten Untersuchungen dazu wurden die Allianzen der Gruppenmitglieder zum Leiter gemessen. Die Studienergebnisse zeigen konsistent einen engen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg und eine hohe Korrelation mit der Kohäsion der Gruppe (Johnson J.E. et al., 2008).

Zuletzt wird Empathie als Faktor angeführt, der die Grundlage einer erfolgreichen Therapie bilde. Damit wird die Fähigkeit bezeichnet, „die Gedanken und Gefühle einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen“ (Strauß, 2012, p. 78). Dies wird vor allem als notwendige Eigenschaft für den Gruppenleiter genannt. Eine empathische Therapeutenhaltung fördere sowohl die Gruppenkohäsion als auch einen Prozess der Selbstöffnung, Akzeptanz und Vertrauen innerhalb des Gruppenverbandes (Johnson J.E. et al., 2008). Allein das Erlebnis eines empathischen Gruppensettings könne bereits kurative Wirkung entfalten (Yalom, 2005).

Als weiteren wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Therapie führen Eckert und Biermann-Ratjen (1990) an, dass es neben der interpersonellen Passung zwischen Therapeut und Gruppe sehr wichtig sei, dass das Behandlungskonzept des

Therapeuten mit der Behandlungserwartung des Patienten übereinstimmten (Strauß, 2012, p. 66; Strauss & Burgmeier-Lohse, 1995).

Die genannten Faktoren beziehen sich eher auf die grundlegenden Voraussetzungen für jegliche Gruppenprozesse und erfolgreiche Beziehungsbildung in der Gruppe.

Irvin Yalom (2005) fasst dagegen die wichtigsten Wirkfaktoren der Gruppentherapien in elf Primärfaktoren zusammen, wobei auch weiterführende Gruppeninhalte mit einbezogen werden. Je nach Art der Gruppe erlangten die einzelnen Faktoren unterschiedliches Gewicht. Seine Faktoren lauten:

- *Hoffnung einflößen*: Der therapeutische Effekt von Psychotherapie hänge in entscheidendem Maße von der Erwartung der Patienten ab, in einer Therapie Hilfe zu finden. Durch die Therapiefortschritte anderer Gruppenmitglieder und die daraus entstehende positive Erwartung werde im Rahmen der Gruppe die Wirksamkeit erhöht.
- *Universalität des Leidens*: Im Gruppensetting könne das Gefühl der Einzigartigkeit des eigenen Leidens abgebaut werden und dadurch eine große Erleichterung erreicht werden. Die Patienten kommen aus ihrer isolierten Position heraus und treten wieder in Kontakt mit ihrer Umwelt. Häufig entstünde eine Atmosphäre der Solidarität.
- Als weitere wichtige Komponente erachtet Yalom die *Mitteilung von Informationen*. Darunter versteht er die didaktische Unterweisung bezüglich der Erkrankung und Gruppendynamiken im Sinne von Psychoedukation. Beispielsweise im Hinblick auf Angststörungen sei die Aufklärung über die Gutartigkeit der Störung ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Symptomatik. In der Gruppe könne die gemeinsame Erarbeitung von grundlegenden Informationen die erste bindende Kraft darstellen. Zum anderen gehöre dazu auch das Erteilen von direkten Ratschlägen. Diese seien nicht immer angebracht, aber in der Regel besonders wirksam, wenn sie systematische, praktikable Hinweise enthielten oder verschiedene Alternativmöglichkeiten für die Lösung konkreter Probleme beinhalteten.
- *Altruismus*: Durch eine Therapie in Gruppen und das gemeinsame Erarbeiten von Lösungsansätzen werde erfahrbar gemacht, für andere hilfreich zu sein und gebraucht zu werden. Die Erfahrung, anderen helfen zu können und wichtig zu sein, könne sich sehr positiv auf Selbstwertgefühl und Selbstachtung auswirken.
- *Die korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe*: Ein Großteil der psychiatrischen Patienten, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, weise eine „Vorgeschichte höchst unbefriedigender Erfahrungen in ihrer [...]“

*primären Familie*“ auf (Yalom, 2005, p. 33). Das Gruppensetting habe durch eine Art familiären Charakter die Eigenschaft, Übertragungsphänomene zu provozieren. Im Gruppenzusammenhang kämen frühe Prägungen schneller an die Oberfläche und könnten im Folgenden bearbeitet und korrigiert werden. Wichtig sei dabei, die Problematiken nicht nur zu identifizieren, sondern konkret neue Verhaltensweisen auszuprobieren.<sup>3</sup>

- *Entwicklung von Techniken des Mitmenschlichen Umgangs*: Dieser Faktor könne direkt zur Verhaltensmodifikation (z.B. durch Rollenspiele oder indirekter mit der Gruppe als Raum) genutzt werden, interpersonale Reaktionen zu zeigen. Insbesondere bei längerfristigen Gruppenerfahrungen sei es den Teilnehmern mit der Zeit möglich, in hilfreicher Weise auf andere zu reagieren, eine effektive Konfliktlösung zu praktizieren und sich besser in andere einzufühlen und dies auch auszudrücken.
- *Nachahmendes Verhalten*: Dieses Phänomen sei in der Gruppentherapie sehr vielschichtig, da nicht nur das Therapeutenverhalten, sondern auch das Verhalten anderer Gruppenmitglieder als Vorbild dienen könne. Therapieerfolge der anderen könnten als Vorlage z.B. für eigenes Engagement dienen.
- *Interpersonales Lernen*: Unter der Annahme, dass psychische Erkrankungen zumindest eine Komponente gestörter interpersonaler Beziehung aufweisen, wenn sie nicht sogar durch sie verursacht sind, muss es Ziel der Therapie sein, zu lernen, „*unverzerzte, befriedigende interpersonale Beziehungen*“ (Yalom, 2005, p. 62) aufzubauen. Dafür diene die Gruppe als „*sozialer Mikrokosmos*“, um dysfunktionales Verhalten zu erkennen und durch neues zu ersetzen. Die „*pathologischen*“ Verhaltensweisen der Patienten als Ausdruck der Erkrankungen treten in der Gruppe ebenso auf wie im normalen Umfeld. Durch Feedback aus der Gruppe kann der Betreffende darauf aufmerksam gemacht werden und seine Wirkung auf andere erkennen. Nach dem Motto „*Jeder ist der Schöpfer seiner eigenen interpersonalen Welt*“ (Yalom, 2005, p. 63) kann die Möglichkeit zur Verhaltensänderung aufgezeigt und neues Verhalten im Mikrokosmos Gruppe ausprobiert werden. Dies erleichtere die Übertragung in die eigene soziale Umwelt.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Dieser Aspekt ist besonders relevant für die untersuchte CBASP-Gruppentherapie. Er bietet den Patienten zum einen die Möglichkeit, in der Gruppe korrigierende Beziehungserlebnisse zu machen. Darüber hinaus bieten die angesprochenen Übertragungsphänomene einen Ansatzpunkt für das wichtige Element der *Interpersonellen Diskriminationsübung (IDÜ)* (siehe dafür Kapitel 2.3.2.)

<sup>4</sup> Auch dieser Faktor ist höchst relevant für die CBASP-Gruppentherapie, die vorrangig auf eine Verhaltensmodifikation abzielt. Mittel dafür sind die Situationsanalyse und das Kiesler-Kreis-Training (siehe Kapitel 2.3.2.)

- *Gruppenkohäsion*: Diesen Aspekt sieht Yalom als Grundlage erfolgreicher Gruppentherapie. Er definiert Kohäsion als die „*Anziehungskraft, durch die sich einzelne Mitglieder in die Gruppe eingebunden fühlen und die sie mit anderen Mitgliedern verbindet.*“ (Yalom, 2005, p. 87). Sie schaffe die Basis für Therapiemotivation, Akzeptanz und Unterstützung, ein Gefühl von Geborgenheit in der Gruppe und Befreiung von Spannungen sowie die Bereitschaft, sich in der Gruppe zu öffnen (vgl. Strauß (2012), p. 73 ff.). Sie ist somit die Grundvoraussetzung dafür, dass andere therapeutische Faktoren wirksam werden.
- *Katharsis*: Als offener Ausdruck von Affekten ist die Katharsis ein wirksamer und notwendiger Baustein in der Gestaltung der Gruppenbeziehung. Besonders vor dem Hintergrund einer stützenden Gruppenbeziehung sei sie besonders effektiv. Gleichzeitig sei sie auch ein wichtiges Mittel, um Nähe in einer Gruppe zu kreieren. Andererseits müsse sie auch maßvoll eingesetzt werden; reines Ausagieren von aktuellen Emotionen ohne Fokus auf die Gruppenreaktion sei eher kontraproduktiv.
- *Existenzielle Faktoren*: Im Verlauf des Therapieprozesses beschäftigten viele Gruppen die Grundfragen des Lebens, eine Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, Verantwortung, Unvorhersehbarkeit und Ausgeliefertsein. Erkenntnisse über diese Themen sowie die Einsicht, dass „*ich die letzte Verantwortung für die Art, wie ich mein Leben lebe, übernehmen muß, gleichgültig, wieviel Anleitung und Unterstützung ich von anderen bekomme*“ (Yalom, 2005, p. 109), werde von Patienten als sehr wichtige Komponente für ein Vorankommen im Therapieverlauf erachtet.

Wie sich im folgenden Kapitel 2.3. zeigen wird, ist die überwiegende Anzahl dieser Faktoren auch für das untersuchte CBASP-Gruppentherapiekonzept hoch relevant. Dabei kann der soziale Raum der Gruppe bei einer Patientengruppe, deren Problematiken vorwiegend im interpersonellen Bereich liegen, eine ganz entscheidende Rolle spielen und die Wirksamkeit und Möglichkeiten der Therapieform gezielt und sinnvoll ergänzen (s.u.).

### **2.2.2. Vorteile und Wirksamkeitsnachweise von Gruppentherapien**

Das offensichtlichste Argument für die Durchführung von Gruppentherapien ist die ökonomische Effizienz durch die gleichzeitige Behandlung mehrerer Patienten. Mehrere Studien konnten auch eine effektivere und zeiteffizientere Behandlung

feststellen. Beispielsweise konnte eine Studie von Althaus et al. eine um 15 Tage kürzere stationären Behandlungsdauer bei Patienten mit Zwangsstörungen beobachten, die zusätzlich zur Standardtherapie an einer Gruppentherapie teilnahmen (Althaus, Zaudig, Hauke, Röper, & Butollo, 2000). Eine zusätzliche Gruppentherapie bei Patienten mit somatoformen Störungen konnte das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen mit einer Abnahme jährlicher Arztbesuche um 39 % beeinflussen (Timmer, Bleichhardt, & Rief, 2004).

Inhaltliche Vorteile sieht z.B. Fiedler (1996) in der besseren Durchführbarkeit einiger Therapieelemente in der Gruppe, beispielsweise Einheiten wie das soziale Kompetenztraining in der Behandlung depressiver Patienten. Auch den Tendenzen zu sozialem Rückzug könne mit Gruppenprogrammen effektiv begegnet werden. Die weiteren Vorteile gegenüber der Einzeltherapie entsprechen in großen Teilen den Wirkfaktoren: mögliches Vorbildlernen, Ermutigung zur Selbstoffenbarung durch das Miterleben kathartischer Momente anderer, der Gruppe als Projektionsfläche für interpersonelle Probleme, die im Einzelsetting nicht relevant würden und direkte Lösungsmöglichkeit der Probleme. Die Gruppe diene zudem als Übungsfeld für verändertes Verhalten und biete die Möglichkeit für wirkungsvolles Feedback aus der Gruppe (Strauß, 2012, p. 51 f.).

Es gibt zahlreiche Metaanalysen, die die Effekte von Einzel- und Gruppentherapien derselben Ausrichtung vergleichen. Diese sollen nur beispielhaft vorgestellt werden. Die meisten kommen zu dem Ergebnis, dass Gruppentherapien generell bedeutende Effekte haben, die der Einzeltherapie gleichwertig oder lediglich leicht unterlegen sind (Strauß & Burlingame, 2012). Die deutliche Überzahl dieser Studien (> 80 %) untersuchten dabei KVT-Gruppen. Eine Metaanalyse von McDermuth und Kollegen (2001) beispielsweise schloss 48 Studien ein, die Gruppentherapien für Patienten mit mittelschweren unipolaren Depressionen untersuchten, 95% der Gruppen unterlagen KVT-Konzepten. Bei 93,5% der Studien konnte eine signifikante Abnahme der depressiven Symptomatik gemessen werden. Es zeigten sich eine geringe Überlegenheit der Einzeltherapie (McDermuth, Miller, & Brown R.A., 2001). Ein anderes Review über 34 KVT-Gruppenstudien kam zu dem Ergebnis, dass bei Patienten mit Major Depression Gruppen- und Einzeltherapie gleich wirksam waren und die KVT-Gruppe effektiver war als andere Gruppenmodalitäten. Für eine weitere Wirksamkeitssteigerung wird vorgeschlagen, sich in neuen Konzepten gruppendynamische Prozesse gezielter zunutze zu machen (Oei, T. P. S. & Dingle, 2008).

Auch psychodynamische Gruppen können im Allgemeinen als effektiv angesehen werden; insgesamt bestehe aber nach wie vor eine generelle Schwäche der Gruppentherapieforschung im Bereich der Psychodynamik, da nur wenige Studien

mit hohen Evidenzstufen publiziert würden (Blackmore, Tantam, Parry, & Chambers, 2012).

### **2.2.3. Gruppentherapie als Element der Depressionsbehandlung**

In der Behandlung von Depressionen haben sich Gruppenkonzepte weithin als wirksam erwiesen. Die Verminderung der Isolation der häufig zurückgezogenen Patienten durch die Interaktion in der Gruppe sowie Aspekte der Gruppenkohäsion und Anerkennung durch die Gruppe sind elementare heilende Elemente. Häufig vorliegende soziale Verhaltensdefizite können in Gruppen effektiv bearbeitet werden. Insofern sind Gruppentherapien für die Behandlung von Depressiven häufig eingesetzte Therapieformen. Neben Psychoedukationsgruppen, die zur Informationsvermittlung über Krankheitsgeschehen, Ursachen und Auslöser regelhaft eingesetzt werden, schildern Kühner und Hautzinger (2012) vier häufig genutzte Therapieformen in der Behandlung depressiver Erkrankungen. Die meisten Therapiegruppen seien kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und vielfach manualisiert. In der *Evidenzbasierten Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen* (Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner, & Schramm, 2007) werden KVT-Gruppentherapien als wirksame Behandlungsmethoden für depressive Störungen empfohlen. Genussgruppen als Mittel zur Fokussierung auf positive Reize scheinen ebenfalls ein wirksamer Baustein in der Behandlung depressiver Patienten zu sein (Köppenhöfer, 2013). Die freudlosen und wenig genussfähigen Patienten sollen so unmittelbar zur Wahrnehmung angenehmer Sinneseindrücke angeleitet werden und diese in der Gruppe erleben und teilen. Genussgruppen gelten als sinnvolles Element im Rahmen des Aufbaus positiver Aktivitäten als KVT-Bestandteil (Kühner C. & Hautzinger M., 2012). Auch die Gruppenform der IPT ist eine vielfach eingesetzte Methode. Dabei stehen die gleichen Themengebiete im Fokus wie in der Einzeltherapie (siehe Kapitel 2.1.6.). Die Gruppe besitzt einen stärker übungsorientierten Charakter. Sie wurde von Schramm und Klecha (2010) in einem Kurzmanual beschrieben. Ebenso im Einsatz bei Depressionen seien CBASP-Gruppen (siehe Kapitel 2.3.) und MBCT-Gruppen (siehe Kapitel 2.1.6.). Die Wirksamkeit insbesondere für KVT-Gruppen ist gut belegt (siehe Kapitel 2.2.3).

### **2.2.4. Gruppentherapie im stationären Rahmen**

Gruppentherapien werden bevorzugt im stationären oder teilstationären Bereich eingesetzt und bilden eine sinnvolle Ergänzung bzw. einen wirksamen Baustein im

gesamtstationären Konzepten. Sie sind im stationären Rahmen grundsätzlich in ein übergeordnetes Therapieprogramm integriert, kommen dort also nicht isoliert zum Einsatz. Eine gewisse Schwierigkeit besteht dabei im zum Teil offenen, zum Teil halboffenen Format der Therapiegruppen aufgrund der häufig wechselnden Patientenzusammensetzung. Damit gehen teilweise erschwerte Bedingungen für die Bildung eines stabilen Gruppengefüges und Gruppenkohäsionsentstehung einher. Allerdings bewegen sich die Patienten auch über die eigentliche Therapie hinaus über längere Zeit in der „Großgruppe“ des stationären Settings (Strauß, 2012, p. 104) und können somit häufig dennoch enge Bande zu Mitpatienten knüpfen, was es als wichtigen Faktor mit zu beachten gilt. Diese Beobachtung beschreiben auch Mattke, Zeeck und Strauß (2012): *„Die Erfahrung mit Mitpatienten im „Alltag“ der Station werden von Patienten in der Rückschau häufig als mindestens ebenso hilfreich empfunden wie die therapeutengeleiteten Gruppen“* (Mattke, Zeeck, & Strauß, 2012, p. 407). Da sich die vorliegende Arbeit mit Akzeptanz unter Patienten und Effektivität einer stationären Gruppentherapie befasst, sollen einige Ergebnisse vorgestellt werden, die eben diese Outcomevariablen für stationäre Gruppen beleuchten.

Eine Arbeit von Backenstraß (2001) untersuchte eine störungsspezifische Gruppentherapie für Depressive mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt im stationären Rahmen hinsichtlich Akzeptanz und Umsetzbarkeit (Backenstraß M. et al., 2001). Es zeigte sich eine große Akzeptanz und eine deutliche Symptomverbesserung mit Effektstärken zwischen  $d = 0.99$  in der Selbst- und  $d = 1.64$  in der Fremdbeurteilung. Die Patienten erinnerten sich besonders positiv an Therapie-situationen, die *„individuelle Problemanalysen und Lösungsansätze zum Inhalt hatten“* (Backenstraß M. et al., 2001, p. 310).

Eine systematische Untersuchung von stationären Programmen zur Behandlung von Depressionen in Baden-Württemberg mit 3189 depressiven Patienten, die eine Gruppentherapie beinhalteten, kamen ebenfalls zu sehr überzeugenden Ergebnissen bezüglich Wirksamkeit und Akzeptanz. Die Effektstärken für Abnahme der Depressivität lagen sehr hoch mit  $d = 2.3$  für die Fremdbeurteilung im HAMD und 1.5 für die Selbstbeurteilung im BDI. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde anhand des ZUF-8<sup>5</sup> bewertet. Dabei ergab sich insgesamt eine Bewertung von *zufrieden* bis *sehr zufrieden*. (Härter et al., 2004)

Auch Schaub et al. (2007) präsentieren Ergebnisse, die eindeutig darauf hinweisen, dass Patienten im stationären Rahmen von einem strukturierten Gruppenprogramm profitieren. Sie untersuchten depressive Patienten, die an einem kognitiv-psychoedukativen Gruppenformat teilnahmen. Besonders betont wird die positive

---

<sup>5</sup> Dieser Fragebogen kam auch in vorliegender Studie zur Anwendung, vergleiche Kapitel 4.4.6.



Wirkung eines Programms, in dem kognitive und motivationale Defizite Berücksichtigung finden. Die Therapie fand sehr hohe Akzeptanz und wurde überwiegend als sehr hilfreich eingestuft. Das Vorgehen des Therapeuten und der Austausch unter den Betroffenen wurden als wesentliche wirksame Faktoren ermittelt.

Eine Studie von Veltro et al. (2006) konnte die positiven Auswirkungen der Implementierung eines Gruppenprogrammes für den Therapieerfolg und die Vorteile für die Gesamtstation darlegen. In einer dreijährigen Studie zeigte sich durch Einführung einer KVT-Gruppe auf einer allgemein-psychiatrischen Station eine erhöhte Patientenzufriedenheit, ein verbesserte Atmosphäre innerhalb der Abteilung (gemäß einer Befragung des Personals) sowie eine verminderte Wiederaufnahmerate von Patienten.

### **2.3. Behandlungsmethode CBASP**

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist ein strukturiertes Behandlungskonzept speziell für die Therapie chronischer Depressionen, das von dem klinischen Psychologen und Psychotherapeuten James McCullough Jr. auf der Grundlage von langjähriger therapeutischer Arbeit mit chronischen und therapieresistenten depressiven Patienten entwickelt wurde. Sein Ansatz fußt auf der Beobachtung und Annahme, *„dass chronisch-depressive Patienten eine entwicklungsgeschichtlich zurückgebliebene mentale Repräsentation der Welt haben“* und er bemängelt, *„dass die Mehrzahl der aktuellen Therapieprogramme diese Weltsicht nicht angemessen angehen.“* (McCullough, 2006, p. 27). Daraus entstand ein neuer Therapieansatz, für den seit 2000 ein Therapiemanual und eine überzeugende Evaluationsstudie (Keller et al., 2000) vorliegen. Seit 2006 steht das Manual auch in deutscher Sprache zur Verfügung.

In diesem Kapitel wird zunächst die Entstehungstheorie der chronischen Depression von McCullough vorgestellt, im Anschluss werden die wesentlichen Therapieelemente eingeführt und die bisherige empirische Grundlage sowie aktuell vorhandene Nachweise der CBASP-Theorie dargelegt. Abgeschlossen wird das Kapitel mit der Vorstellung des CBASP-Gruppenkonzeptes.

#### **2.3.1. Entstehungstheorie der chronische Depression nach James McCullough**

Die Grundlage des Modells der chronischen Depression von McCullough bildet die Annahme, dass die Entwicklung chronisch depressiver Patienten auf niedrigem

Niveau zum Stillstand gekommen sei. Dies sei die Folge von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit oder – bei spätem Auftreten der Depression – die lange Erkrankungsdauer, die „eine Verschlechterung der mentalen Funktion und Rückkehr zu einem präoperatorischen Niveau des Denkens“ verursache (McCullough, 2006, p. 14).

McCullough entwickelte sein Modell in Anlehnung an die Vorstellungen der kindlichen Entwicklung von Piaget (Piaget, 2002, c1959; Piaget et al., 1981) und verortet den chronisch Depressiven auf die Entwicklungsstufe des „präoperationalen“ Denkens. Piaget zufolge, sei die normale kindliche Entwicklung in eine Abfolge aufeinander aufbauender Entwicklungsschritte gegliedert. Mit 2 bis 7 Jahren befänden sich danach Kinder auf einer präoperatorischen Entwicklungsstufe. Dabei sei ihre Weltsicht egozentriert und ihre Wahrnehmung beschränkt auf aktuelle unmittelbare Erfahrungen. Bei der gesunden Weiterentwicklung werde ein Prozess der Dezentrierung durchlaufen, wobei über das konkret operatorische schließlich das formal operatorische Stadium erreicht werde. Dieser Prozess führe im Endergebnis zu der Fähigkeit, neue Eindrücke in einen Erfahrungszusammenhang zu stellen, sodass das aktuelle Erleben nicht mehr ausschließlich von der unmittelbaren Umgebung abhängt, sondern in einem komplexen Zusammenhang reflektiert werden könne. Dies sei auch die Grundlage für „formal-operatorisches“ abstraktes Denkvermögen, das zur Perspektivübernahme befähige. Damit sei dann auch die Voraussetzung für empathisches Denken und Handeln geschaffen.

*„Empathisches Verhalten macht deutlich, dass erstens die Person daran interessiert ist, sich selbst verständlich zu machen, und zweitens eine entsprechende Motivation hat, die Sprache des anderen zu verstehen. Zwei Menschen, die empathisch miteinander interagieren, beteiligen sich an einem reziproken, zeitlich abgestimmten Prozess des Gebens und Nehmens durch verbale und nonverbale Kommunikation.“*

(McCullough, 2006, p.30-31)

Eine weitere Voraussetzung für empathisches Verhalten sei laut McCullough die „wahrgenommene Funktionalität“, also „das allgemeine Bewusstsein, dass das eigene Verhalten spezifische Konsequenzen in der Umwelt hat“ (2006; p.31).

Diese Fähigkeiten besäßen chronisch depressive Patienten ebenso wenig wie Kleinkinder mit zwei bis sieben Jahren. McCullough formuliert folgende Parallelen zwischen chronisch Depressiven und Kindern auf präoperationalem Niveau:

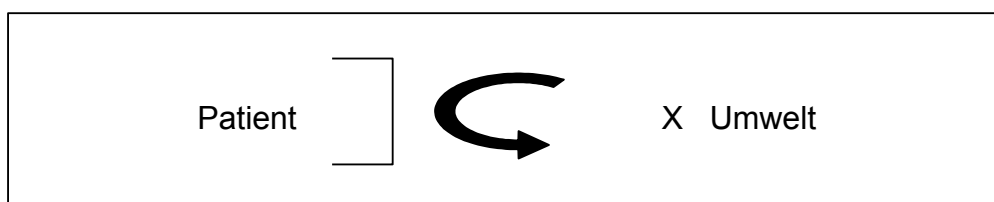
1. *„Beide Gruppen bedienen sich globalen und prälogischen Denkens (im Sinne Piagets).“*
2. *Ihre Denkprozesse lassen sich nicht durch Argumentation und logische Denkweise anderer beeinflussen.*
3. *Sie sind in ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung durchweg Ich-zentriert.*
4. *Verbale Kommunikation erfolgt größtenteils in Form von Monologen.*

5. *Beide Gruppen sind nicht zu authentischer interpersoneller Empathie fähig.*
6. *Beide Gruppen zeigen in Stresssituationen eine geringe affektive Kontrolle."*

(McCullough, 2006; p.38)

McCullough betont dabei, dass genau zwischen dem objektbezogenen und dem interpersonell-sozialen/emotionalen Funktionsniveau differenziert werden muss; chronisch depressive Patienten wiesen keine grundsätzlich eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten auf, das präoperationale Denken und Erleben äußerte sich häufig nur im sozialen Bereich. Die erkrankte Person könne durchaus in der Lage sein, im Bezug auf objektbezogene Sachverhalte differenziert vorzugehen.

Im interpersonellen Bereich sei ihr Agieren dagegen von einem „*Wahrnehmungsdilemma*“ geprägt (vgl. Brakemeier, Schramm und Hautzinger, 2012, p.24; graphische Darstellung in Abbildung 4 s.u.). Die Wahrnehmung sei dabei verzerrt und von der Umwelt entkoppelt. Dadurch sei das Verhalten chronisch Depressiver nicht von den Konsequenzen ihrer Handlungen beeinflussbar, da diese nicht wahrgenommen würden. Vorangegangene negative Beziehungserfahrungen werden unreflektiert und unbeeinflussbar von gegenteiligen Erfahrungen auf alle aktuellen zwischenmenschlichen Begegnungen übertragen und sind somit nicht korrigierbar. Klein et. al. bezeichnen dies als „*Mentalisierungsdefizite*“ (Klein, Steinlechner, Sipos, & Schweiger, 2011 p. 528). Dieser Ausdruck impliziert ebenfalls, dass die Betroffenen davon ausgehen, ihre Gedanken und Gefühle besäßen allgemeine Gültigkeit. Daraus resultiere die Unfähigkeit, das emotionale Erleben des Gegenübers mental zu erfassen und dies in einen Handlungsplan zu integrieren.



**Abbildung 4:** Das Wahrnehmungsdilemma der chronischen Depression nach Brakemeier, Schramm und Hautzinger (2012; p.24)

Doch wie kommt es zum Stillstand der Entwicklung des chronisch depressiven Menschen? McCullough führt für die „*Entgleisung der normalen Entwicklung*“ und die daraus resultierende „*emotionale Dysregulation*“ (2006; p. 33) zwei verschiedene Ursachen an:

Im ersten Fall liege die mangelnde Entwicklung in der unmittelbaren kindlichen Umgebung, also in der Regel im familiären Umfeld begründet. Durch „*dysfunktionale Familienbedingungen*“ (p. 36) werde die kindliche Entwicklung auf präoperationalem Niveau blockiert. Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlungen seien dabei die

relevantesten Traumata, die Kinder in ihrer kognitiv-emotionalen Entwicklung behinderten. Dies resultiere daraus, dass die gesamte Energie und Aufmerksamkeit darauf gerichtet sei, die „*physische und emotionale Familienhölle*“ (p.46) zu überleben, wodurch alle Entwicklungsressourcen gebunden seien. Die Betroffenen seien dann in der Pubertät mit den Anforderungen des Erwachsenwerdens überfordert, was somit bereits in frühen Jahren in die Entwicklung einer depressiven Symptomatik münde. Durch die mangelnden Bewältigungsstrategien, die mit dem kindlichen Entwicklungsstand einhergingen, verharre der Heranwachsende in der „*Rückzugsphase des depressiven Erlebens*“ (p.49), was eine Weiterentwicklung interpersoneller Fähigkeiten dauerhaft verhindere. Dadurch setze sich das gestörte Funktionsniveau im Erwachsenenalter fort und verursache ausgeprägte Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung.

Die zweite Möglichkeit für die Entwicklung des niedrigen kognitiv-emotionalen Denkniveaus ist die Verschlechterung eines vormals normalen Funktionsniveaus durch Phasen verstärkter Emotionalität (z.B. eine depressive Episode). Durch längeres Anhalten und die damit verbundene Hoffnungs- und Hilflosigkeit werden adulte Strukturen und Denkmuster geschwächt und durch niedrigere, präoperationale Funktionsweisen ersetzt.

Die erste Form entspricht dabei eher einer chronischen Depression mit frühem Beginn (early onset; Beginn vor dem 21. Lebensjahr), die zweite einem Verlauf mit späterem Beginn (late onset; Beginn nach dem 21. Lebensjahr) von chronischer MDE oder Dysthymie.

### **2.3.2. Therapieansätze und -methoden**

Aus den pathogenetischen Annahmen McCulloughs zur Entstehung der chronischen Depression folgen mehrere zentrale Anforderungen und Ziele für einen erfolgversprechenden Therapieansatz (vgl. Brakemeier et al 2012, S.32 f.):

- Die Patienten sollen begreifen, dass ihr Verhalten Konsequenzen hat (im Sinne der „wahrgenommen Funktionalität“ s.o.), was zur Überwindung der chronischen Hilf- und Hoffnungslosigkeit führe
- Die Patienten sollen lernen, ihren Stimuluscharakter, den sie auf andere haben und denjenigen Stimuluscharakter, den andere auf sie haben, zu erkennen, was authentisch empathisches Verhalten ermögliche
- Die Patienten sollen soziale Problemlösefähigkeiten und positive Bewältigungsstrategien entwickeln und in entsprechenden Situationen anwenden, um in sozialen Interaktionen ihre individuellen Ziele zu erreichen.

- Es soll im Therapieverlauf zu einem interpersonellen Heilungsprozess im Bezug auf frühere Traumata kommen, wobei korrigierende Beziehungserfahrungen eine große Rolle spielen.

Um diese Ziele zu erreichen, werden verschiedene, spezifische Therapieelemente eingesetzt, die aus unterschiedlichen Psychotherapierichtungen und -modellen stammen:

Als zentrales Element wird die *Situationsanalyse* gesehen, wobei kognitive Umstrukturierung, Transferübungen und Verhaltenstraining eine Rolle spielen. Interpersonelle Aspekte fließen durch die Nutzung des *Kiesler Kreises* ein. Kindheitserfahrungen und traumatische Beziehungen werden durch die Erarbeitung einer *Liste prägender Bezugspersonen* berücksichtigt und in einen aktuellen interpersonellen Kontext gestellt. Daraus werden *Übertragungshypothesen* abgeleitet. Es kommen somit auch psychoanalytisch verwandte Elemente zur Anwendung.

Die therapeutische Beziehungsgestaltung ist durch eine besondere, innovative therapeutische Haltung gekennzeichnet, das *disziplinierte persönliche Einlassen* (*disciplined personal involvement*). Der Therapeut gibt dabei persönliche Gedanken und Gefühle preis, die in der Interaktion mit dem Patienten entstehen.

Vor dem Hintergrund der beiden letztgenannten Elemente steht die *Interpersonelle Diskriminationsübung*. Diese soll den Patienten verdeutlichen, dass der Therapeut anders als die häufig negativ prägenden Bezugspersonen reagiert und handelt. Dadurch sollen heilsame Beziehungserfahrungen ermöglicht werden.

Zu Beginn der CBASP-Therapie stehen der Beziehungsaufbau und die Erarbeitung der Liste prägender Bezugspersonen (LpB) im Fokus. Chronisch depressive Patienten neigen häufig dazu, dem Therapeuten misstrauisch, abweisend oder verschlossen gegenüber zu stehen, da sie – analog zu erlebten traumatischen Beziehungen – in der Erwartungshaltung sind, auch vom Therapeuten beispielsweise zurückgewiesen, verlassen oder bestraft zu werden. Um diese Haltung zu überwinden und Veränderungsmotivation zu schaffen, soll die LpB dazu dienen, den Patienten besser kennen zu lernen und vor dem Hintergrund seines Umfelds zu sehen sowie seine Verhaltensweisen besser einordnen zu können. Bis zu sechs Bezugspersonen sollen dabei mit einbezogen werden. Mit Unterstützung des Therapeuten soll der Patient als erste Übung in formal-operatorischem Denken Kausalzusammenhänge zwischen seinen aktuellen Problemen und den Bezugspersonen herstellen. Diese „*kausalthoretischen Schlussfolgerungen*“ (Brakemeier et al., 2012, p.39) werden auch als Prägungen oder Stempel bezeichnet (McCullough, 2006, p. 93). Diese liegen laut

McCullough in der Regel in folgenden Bereichen: 1. Nähe/Intimität, 2. emotionale Bedürftigkeit, 3. Fehler/Versagen und 4. negative Affekte (2006, p.96). Bei der Formulierung der Prägungen sollen Fragen helfen wie „*Wie hat [die prägende Bezugsperson] dazu beigetragen, dass Sie so sind, wie Sie heute sind?*“ (vgl. Brakemeier et al., 2012 p.39).

Im nächsten Schritt werden von Therapeut und Patient aus den Prägungen Übertragungshypothesen abgeleitet. Fragestellung dabei ist, inwieweit sich die Prägungen auf die therapeutische Beziehung auswirken und an welchen Stellen Schwierigkeiten auftreten könnten, also wo die sogenannten „hot-spots“ liegen (Brakemeier et al., 2012, p.40). Dabei werden die problematischsten Bereiche aus den oben genannten vier Domänen identifiziert und dazu Hypothesen entwickelt. Die Übertragungshypothesen werden als „*wenn dies, dann das*“-Annahmen formuliert (McCullough, 2006, p. 105) (Beispiel für den Bereich Fehler/Versagen: „Wenn ich einen Fehler mache, wird [die Therapeutin/ der Therapeut] mich zurückweisen und bestrafen.“). Die Übertragungshypothesen dienen als Grundlage für den weiteren Therapieverlauf und sollten vom Therapeuten memoriert werden, um bei Relevantwerden in der interpersonellen therapeutischen Situation erkannt zu werden.

Die Aktivierung einer Übertragungshypothese kann dann in einer Interpersonellen Diskriminationsübung genutzt und bearbeitet werden. Durch die präoperatorische Weltsicht des Patienten kann es immer wieder vorkommen, dass in „hot-spot“-Situationen, die den Prägungen entsprechende Beziehungserwartung aktiviert wird und das bestärkende und unterstützende Verhalten des Therapeuten nicht erkannt wird. Mit der Technik der Interpersonellen Diskriminationsübung soll dem Patienten vor Augen geführt werden, dass sich – entgegen der Erwartung – nicht jedes Gegenüber wie die strafende/zurückweisende/traumatisierende prägende Bezugsperson verhält und mit dem Therapeuten andere Erfahrungen gemacht werden können (vgl. Klein et al., 2011, p. 530). Durch proaktive Gegenüberstellung des Verhaltens des Therapeuten und des erwarteten Verhaltens der Bezugspersonen sollen die Unterschiede explizit gemacht und die erlebten negativen Beziehungserfahrungen schließlich revidiert werden.

Als Grundlage für dieses Vorgehen führt McCullough eine neue therapeutische Haltung, das disziplinierte persönliche Einlassen, ein. Der Therapeut gibt dabei preis, was das Verhalten des Patienten in ihm an positiven oder negativen Gefühlen ausgelöst hat. Diese Einstellung steht im Gegensatz zur sonst neutralen Haltung eines Psychotherapeuten. Die Äußerungen der eigenen Gefühle und Gedanken, die in der Interaktion mit dem Patienten entstehen, werden gezielt genutzt, um dem

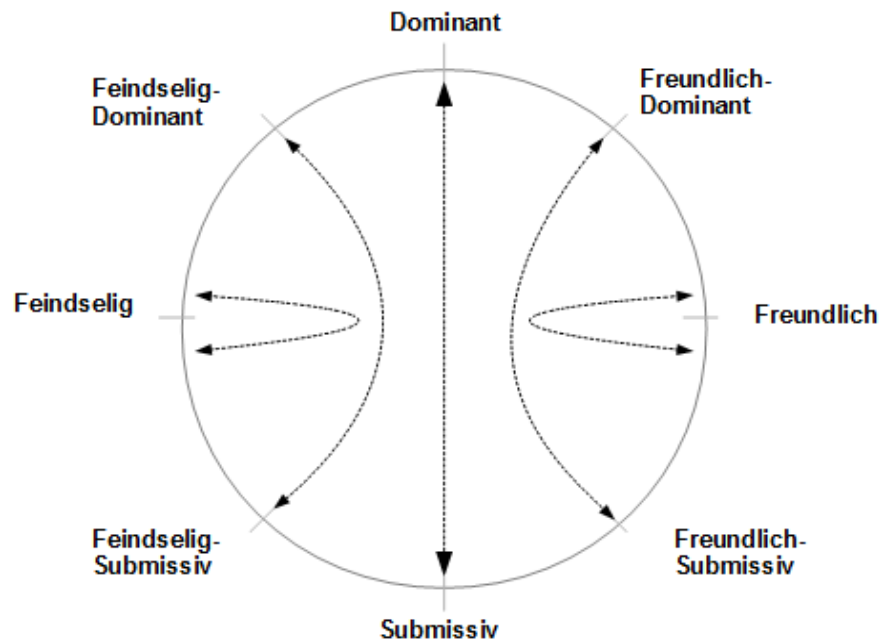
Patienten die Konsequenzen seines Handelns aufzudecken und dadurch Empathie zu fördern.

Die Notwendigkeit und den Nutzen dieser Haltung für die therapeutische Arbeit mit chronisch depressiven Patienten fassten Brakemeier et al. wie folgt zusammen (2012, p.45):

- „1. Therapeuten können ihren Patienten nur dann vermitteln, wie diese mit anderen Menschen empathisch umgehen können, wenn sie selbst bereit sind, persönliche Gefühle und Reaktionen preiszugeben (Modellwirkung, Empathietraining)
2. Nur die persönlichen Reaktionen der Therapeuten erlauben den Patienten Diskriminationskriterien zu entdecken, um die aktuelle therapeutische Beziehung mit früheren dysfunktionalen Beziehungen zu vergleichen und zu verändern. Dies wird durch interpersonelle Diskriminationsübungen unterstützt.
3. Schließlich kann bei feindselig wirkenden Patienten nur die persönliche Reaktion der Therapeuten helfen, zu erkennen, dass ein feindseliges oder destruktives Verhalten bei anderen Menschen verletzende Auswirkungen hat.“

Ein weiteres Instrument, das eingesetzt wird, um dem Patienten seine Wirkung auf andere sowie seine interpersonelle Haltung zu verdeutlichen ist der Kiesler Kreis (siehe Abbildung 5). Dieser kann darüber hinaus zur „Konstruktion der therapeutischen Rollendefinition“ beitragen (McCullough, 2006, p.183). Er wurde von Donald Kiesler (1983) ausgehend von der Grundannahme entwickelt, dass sich jedes Verhalten zweier Interaktionspartner zwischen den zwei Hauptachsen „Nähe/Affiliation“ und „Kontrolle“ bewege und beim Gegenüber ein komplementäres Verhalten auslöse (Kiesler, 1983). Die waagerechte Achse *Nähe/Affiliation* bewege sich zwischen den Polen *freundlich* und *feindselig*, die dazu senkrecht stehende Achse *Kontrolle* zwischen den Polen *dominant* und *unterwürfig* bzw. *submissiv*. Brakemeier et al. (2012) merken dazu an, dass Patienten häufig mit dem Begriff der Feindseligkeit nicht viel anfangen könnten und das Modell besser annähmen, wenn man stattdessen von distanzierterem Verhalten spräche. So wäre die Achse *freundlich/feindselig* als Kontinuum zwischen Nähe und Distanz zu verstehen. Statt der Begriffe *dominant* und *unterwürfig* sei häufig auch die Attribuierung als *offen* vs. *verschlossen* hilfreich und besser verständlich.

Zwischen den reinen Verhaltenskategorien ergeben sich vier weitere, kombinierte Verhaltensdimensionen: *freundlich-dominant*, *freundlich-unterwürfig*, *feindselig-unterwürfig* und *feindselig-dominant*.



**Abbildung 5:** Der interpersonelle Kreis nach Kiesler (1983)

Nach Kiesler resultierten nun in einer Interaktion zweier Menschen komplementäre Verhaltensweisen: In der Dimension Kontrolle sei reziprokes Verhalten der Partner zu beobachten (Dominanz provoziere Unterwürfigkeit, Unterwürfigkeit provoziere Dominanz). In der Dimension Nähe/Affiliation sei dagegen übereinstimmendes Verhalten zu erwarten (Feindseligkeit verursache Feindseligkeit, Freundlichkeit rufe beim Gegenüber ebenfalls Freundlichkeit hervor) (vgl. McCullough Jr, James P, 2006 S. 26). Durch den Einsatz des Kiesler Kreises kann also der sogenannte „Stimuluscharakter“ (stimulus value) einer Person auf eine andere näher beschrieben und anschaulich gemacht werden. Mit der wiederholten Frage „Was meinen Sie, wo Sie im Kiesler Kreis stehen?“ kann der Patient dazu angehalten werden, sein interpersonelles Verhalten zu reflektieren und seine Wirkung auf andere zu erkennen, was die Grundlage für eine Verhaltensänderung darstellt. Der zu Beginn der Therapie in der Regel feindselig-submissive Patient soll mit Hilfe des *Kiesler Kreises* lernen, eine freundlich-dominantere Haltung einzunehmen, um beim Gegenüber eine freundliche Grundhaltung zu bewirken und aus der passiven Rolle heraus in eine aktive, die Richtung mitbestimmende Position zu gelangen. Dies ermögliche dann insgesamt effektiveres, zielführenderes Verhalten in interpersonellen Situationen. Zur Veranschaulichung und als weiteres Hilfsmittel kann das auf dem Kiesler Kreis aufbauende Messinstrument *Impact Message Inventory* (IMI) verwendet werden (Kiesler & Schmidt, 2006), wobei mit diesem Fragebogen beispielsweise vom Therapeuten der Stimuluscharakter des Patienten in allen acht Dimensionen des



Kreises beurteilt wird<sup>6</sup>. Zum Einsatz kommt der *Kiesler-Kreis* in interaktionell schwierigen Therapiesituationen.

Das letzte Element, das in der CBASP-Behandlung insgesamt den größten Raum einnimmt, ist die Situationsanalyse (SA). Sie ist ein sehr gut strukturiertes, soziales Problemlöseverfahren, das in mehreren Schritten durchgeführt wird. Sie ermöglicht eine genaue Analyse eigener Verhaltensmuster, Motive und deren interpersonelle Konsequenzen. Dabei wird die Aufmerksamkeit der Patienten auf konkrete Situationen gelenkt, die sie im Alltag erlebt haben und nicht zufriedenstellend bewältigen konnten (vgl. Brakemeier et al., 2012 p. 52 – 57; Dykieriek, Schramm, & Berger, 2012). Ziel ist es dabei zum einen, die Wahrnehmung des Patienten zu optimieren, um die Verzerrungen, die durch globales, transsituationales Denken entstehen, zu beheben. Die Patienten sollen darauf folgend angeleitet werden, sich in interpersonellen Situationen erreichbare Ziele zu setzen und diese durch konstruktive Interpretationen in der aktuellen Situation und angemessenes Verhalten auch erreichen zu können. Auch durch diese Übung soll die verlorene Verbindung zur Umwelt wieder hergestellt und durch die Betrachtung der Konsequenzen des Verhaltens die „wahrgenommene Funktionalität“ erhöht werden. Nach und nach sollen dadurch Hilf- und Hoffnungslosigkeit vermindert werden. McCullough schreibt dazu: *„It is hard to feel helpless when you stare at the consequences of your behavior that you have choreographed.“* (Gelenberg et al., 2006, p. 181).

Wichtig ist hierbei der Mechanismus der negativen Verstärkung. Durch die Betrachtung der negativen Konsequenzen des eigenen Handelns entsteht eine Spannung, die nur langfristig durch eine Verhaltensänderung aufgelöst werden kann (vgl. Brakemeier et al., 2012, p. 52).

Die Situationsanalyse besteht aus zwei Phasen, der Explorations- und der Lösungsphase. Die Explorationsphase besteht aus sieben Schritten.

Im ersten Schritt erfolgt eine objektive Situationsbeschreibung einer interpersonell schwierigen, zeitlich klar begrenzten Situation aus der Perspektive eines neutralen Beobachters.

Darauf folgt die persönliche Interpretation des Patienten, also die Gedanken und Gefühle, die er in diesem Moment im Kopf hatte, der sogenannte „innere Film“.

Daran anschließend erfolgt die genaue Analyse des Verhaltens bzw. Auftretens des Patienten.

Im vierten Schritt wird das tatsächliche Ergebnis, also der Ausgang der Situation beleuchtet und formuliert. Dieses wird im nächsten, therapeutisch sehr wichtigen

---

<sup>6</sup> Das dieses Instrument in der vorliegenden Studie Verwendung fand ist eine ausführliche Beschreibung des Tests in Kapitel 4.4.4. nachzulesen.

Schritt zum erwünschten Ergebnis (desired outcome, DO<sup>7</sup>) umformuliert. Dabei liegt der Fokus darauf, einen alternativen, positiven Ausgang der Situation zu finden, der zum einen realistisch und zum anderen vom Patienten erreichbar sein soll, also konkret in der Situation verankert ist. Im folgenden sechsten Schritt werden tatsächliches und erwünschtes Ergebnis kontrastiert, um dem Patienten die Diskrepanz zu verdeutlichen und spürbar zu machen, wodurch die Veränderungsmotivation gesteigert wird. Die Explorationsphase wird mit der Frage abgeschlossen, warum das erwünschte Ergebnis nicht erreicht wurde, was an dieser Stelle unkommentiert bleibt. Daran schließt direkt die Lösungsphase an, die mit der Überprüfung der Interpretation beginnt. Fragestellung ist dabei, ob die Gedanken, die der Patient hatte in der Situation verankert waren, also konkret daraus abzuleiten sind und ob sie sich als zielführend, also hilfreich für das Erreichen des DO erwiesen. Nicht zutreffende oder hinderliche Interpretationen werden revidiert und neue werden formuliert, meist in der Form von kurzen Handlungsanweisungen, auch „Schlachtruf“ genannt. Im zweiten Schritt wird daraufhin erörtert, mit welchen Verhaltensweisen das erwünschte Ergebnis am besten erreicht werden kann und dies dann im Rollenspiel solange geübt, bis die gewünschte Haltung des Patienten erreicht wird und er Sicherheit im neuen Situationsverlauf mit modifiziertem Ergebnis erlangt. Dabei kann der Schlachtruf hilfreich sein. In den letzten beiden Schritten soll zusammengefasst werden, was durch die Situation gelernt werden konnte und inwieweit das auf zukünftige Situationen übertragbar und anwendbar ist.

Wie dargelegt kann zusammenfassend festgehalten werden, dass CBASP ein störungsspezifisches Konzept ist, das am defizitären interpersonellen Verhalten chronisch Depressiver ansetzt, diese auf ihrem niedrigen kognitiven Niveau abholt und konsequent Entwicklungsprozesse fördert. Geeignete Methoden aus unterschiedlichen Therapierichtungen werden dafür vereint, um den „Wechsel von einer externalen zu einer internalen Kontrollüberzeugung“ (McCullough, 2006, p. 66) zu bewirken.

### **2.3.3. Wirksamkeit von CBASP**

Die bislang größte und umfassendste Evaluationsstudie wurde von Keller et al. (2000) vorgelegt. Dabei wurden insgesamt 681 ambulante Patienten mit chronischer Major Depression (Episodendauer durchschnittlich 8 Jahre) und Dysthymie mit durchschnittlicher Dauer von 24.2 Jahren eingeschlossen. Die Patienten wurden über

---

<sup>7</sup> Hiernach ist auch die in dieser Studie untersuchte CBASP-Gruppentherapie DO! benannt (Siehe auch Fußnote 16 Seite 79)

12 Wochen mit CBASP, dem Antidepressivum Nefazodon<sup>8</sup> oder einer Kombinationstherapie aus beiden behandelt. Nach Beendigung der Therapie konnten bei den 519 nachuntersuchten Patienten Response-Raten von 55% für die Nefazodon-Gruppe, 48% für CBASP Monotherapie und 85% in der Gruppe, die die Kombinationstherapie erhielt, ermittelt werden. Die Kombinationstherapie war der medikamentösen Monotherapie dabei signifikant überlegen ( $p < .001$ ). Dies zeigte neben dem eindeutigen Vorteil der Kombinationstherapie eine beeindruckende Wirksamkeitssteigerung durch die Psychotherapie CBASP, die durch andere Psychotherapieverfahren bislang nicht gezeigt werden konnte. Darüber hinaus konnte für die Kombinationstherapie von CBASP und Nefazodon neben der verbesserten depressiven Symptomatik auch eine stärkere Steigerung psychosozialer Leistungsfähigkeit gegenüber den Monotherapiebedingungen gezeigt werden (Hirschfeld, Robert M A et al., 2002). Eine Sekundäranalyse der Studie von Nemeroff et al. (2003) zeigte weitergehend, dass besonders Patienten mit Kindheitstraumata (Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen oder frühem Verlust der Eltern) in gesteigertem Maße von CBASP im Vergleich zur alleinigen pharmakologischen Therapie profitierten. Die Remissionsraten lagen für diese Patientengruppe bei Behandlung mit CBASP doppelt so hoch wie in der Nefazodon-Gruppe. Die Kombinationstherapie konnte für Patienten mit frühen Traumatisierungen darüber hinaus nur wenig Vorteil im Vergleich zur Monotherapie mit CBASP erbringen.

Klein et al. (2004) zeigten, dass eine Erhaltungstherapie mit CBASP über 12 Monate im Vergleich zu einer „assessment only“-Bedingung<sup>9</sup> zu einer deutlich niedrigeren Rückfallrate führte und sogar im Mittel noch eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik zeigt (Klein et al., 2004)

Die REVAMP-Studie, eine andere groß angelegte Studie von Kocsis et al. (2009), untersuchte chronisch depressive Patienten, die zuvor auf eine 12-wöchige antidepressive Pharmakotherapie nicht respondiert hatten (Kocsis, Gelenberg et al., 2009). Die Patienten wurden auf drei verschiedene Augmentationsbedingungen randomisiert. Die Pharmakotherapie wurde fortgesetzt und ergänzt durch eine 12-wöchige Therapie mit 1. CBASP, 2. einer unspezifischen supportiven Psychotherapie oder 3. einer weiter angepassten medikamentösen Therapie. Daraufhin sprachen 40% der bisherigen Nonresponder auf die augmentierte Therapie an. Allerdings konnte kein zusätzlicher Benefit von den Psychotherapieprogrammen im Vergleich zu

---

<sup>8</sup> Das dual-serotonerg wirksame Antidepressivum (hemmt postsynaptische 5-HT<sub>2A</sub>-Rezeptoren sowie präsynaptische Wiederaufnahme des Serotonins) wurde 2003 aufgrund einiger Fälle von schwerem Leberversagen vom Markt genommen.

<sup>9</sup> Die Patienten hatten in dieser Bedingung einmal im Monat Kontakt zu den Studienleitern, wobei Kontaktaufrechterhaltung und allgemeiner Gesprächskontakt ohne gezielte therapeutische Intention im Vordergrund standen.

der rein medikamentösen Weiterbehandlung ermittelt werden und somit die Ergebnisse von Keller et al. (2000) nicht repliziert werden. Angemerkt werden muss aber, dass die Patienten im Schnitt nur 12.5 Therapiesitzungen erhielten und der langfristige Verlauf noch abzuwarten bleibt. Außerdem wird über das Vorhandensein und Ausmaß an frühen Traumatisierungen, das laut der Keller-Studie einen Prädiktor für besseres Ansprechen auf CBASP-Behandlung darstellt, keine Aussage getroffen.

Im Gegensatz dazu steht eine Studie von Schramm et al. (2011), welche die Wirksamkeit von CBASP und IPT für unmedizierte Patienten mit chronischer Depression vom early-onset Typ untersuchte. Diese Patienten zeigten nach 22 Sitzungen CBASP eine signifikant größere Reduktion von HAM-D (Hamilton Depression Scale) und BDI (Beck Depression Inventory) in der CBASP-Gruppe. Beide Gruppen hatten einen hohen Anteil an Patienten mit frühen Traumatisierungen (Schramm et al., 2011).

Auch in einer größer angelegten, randomisiert-kontrollierten Studie von Schramm et al. (2017), in der 268 ebenfalls unmedizierte, chronisch depressive Patienten vom early-onset Typ auf eine CBASP- und eine SP<sup>10</sup>-Bedinung randomisiert wurden, konnte der Vorteil der CBASP-Therapie repliziert werden. Über einen Zeitraum von 20 Wochen fanden in der akuten Behandlungsphase 24 Therapiesitzungen statt. In den folgenden 28 Wochen erfolgten 8 Erhaltungssitzungen. In der CBASP-Gruppe konnte eine signifikant größere Reduktion der HAMD-24-Scores nach 20 und nach 48 Wochen beobachtet werden mit einer moderaten Effektstärke (Cohen's d) von 0.31 nach 20 und 0.39 nach 48 Wochen (durchschnittliche HAMD-Werte: CBASP: 27.15 (0 Wochen), 17.19 (20), 14.00 (48) vs. SP: 27.05 (0), 20.39 (20) und 16.49 (48)). Somit wurde der Vorteil von CBASP in der Erhaltungsphase sogar noch deutlicher erkennbar. Auch Remissionsraten lagen nach der akuten Phase in der CBASP-Guppe höher (27 von 124 [21.8%] vs 14 von 111 [12.6%]).

Eine weitere, neue Studie von Schramm et al. (2015) steht ebenfalls im Gegensatz zu den Ergebnissen der REVAMP-Studie und der Tatsache, dass sich andere Psychotherapien in der Monotherapie der chronischen Depression häufig der medikamentösen Therapie als unterlegen erwiesen. In einem Design mit 60 eingeschlossenen chronisch depressiven ambulanten Patienten, die acht Wochen intensive und 20 Wochen fortgeführte Therapie erhielten, konnten Schramm und Kollegen die Gleichwertigkeit von CBASP (Responserate 68,4%, Remissionsrate

<sup>10</sup> Supportive Psychotherapie; dabei handelt es sich um eine aktive, nicht spezifische psychotherapeutische Intervention, welche sich an an supportives klinisches Management oder klienten-zentrierte Gesprächsführung anlehnt. Es wird psychoedukativ und mit allgemeinen psychotherapeutischen Techniken gearbeitet. Spezifische interpersonale, kognitiv-behaviorale und psychodynamische Interventionen werden explizit ausgeklammert

36,8%) gegenüber einer Behandlung mit Escitalopram plus "clinical management" (Responserate 60%, Remissionsrate 50%) zeigen. Patienten, die auf die eine Therapie nicht ausreichend respondierten, wurden mit der anderen Methode augmentiert. Dadurch konnte zusätzlich eine Steigerung der Response- und Remissionsraten (45% Response, 30% Remission) erzielt werden. Schramm et al. merken an, dass die Steigerung der Ansprechraten von Woche 8 zu Woche 28 in der CBASP Gruppe beträchtlich größer waren. Sie führen diese Beobachtung darauf zurück, dass die ersten Wochen der Psychotherapie von Patienten als sehr anstrengend empfunden werden, da frühe Traumaerfahrungen angesprochen und das allgemeine Vermeidungsverhalten direkt angegangen wird. Dieses Argument wird gestützt von einer Untersuchung von Brakemeier et al. (2015), bei der 65% der Patienten vornehmlich am Anfang der Therapie zunächst eine Verschlechterung der Symptomatik erfuhren. Ebendiese Patienten hatten am Ende der Therapie niedrigere Remissionsraten aber vergleichbare Responseraten, was dafür spricht, dass bei anfänglicher Verschlechterung längere Therapiezeiträume nötig sind (Schramm et al., 2015).

Eine Studie von Wiersma (2014), die 105 ambulante Patienten aus drei norwegischen Studienzentren über einen Zeitraum von 52 Wochen untersuchten, bestätigten eine mindestens ebensogute Wirksamkeit von CBASP gegenüber Care as usual (CAU) und für das Langzeitoutcome eine Überlegenheit der Therapie mit CBASP. Auch hier zeigte sich also, dass für die erfolgreiche Therapie chronischer Depressionen mit CBASP längere Therapieintervalle sinnvoll sind.

Die oben erwähnte Studie von Brakemeier et al. (2015) ist (neben der dazugehörigen Pilotstudie Brakemeier et al., 2011) auch die erste Untersuchung eines stationären Therapiekonzeptes von CBASP. Dabei wurden 70 chronisch depressive Patienten 12 Wochen stationär mit CBASP behandelt. Die Ergebnisse der Studie, die aufgrund des Implementierungsschrakters ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde, sind vielversprechend. Über 90% der Patienten stuften die Therapie als hilfreich bis sehr hilfreich ein. Die Responserate lag bei 75,7%, die Remissionsraten aufgrund der bereits beschriebenen anfänglichen Verschlechterung bei 40%.

Somit liegen bereits einige fundierte Hinweise dafür vor, dass CBASP in ausreichender Dosis eine adäquate Therapieoption für die Behandlung chronischer Depressionen darstellt.

#### 2.3.4. Empirische Belege für McCulloughs Theorie

Die nachgewiesene Wirksamkeit der Therapie mit CBASP für chronisch depressive Menschen legt die Bestrebung nahe, die Theorie, die hinter McCulloughs Behandlungskonzept steht, verstehen und operationalisieren zu wollen. Der Beschreibung nach haben chronisch Depressive durch das präoperationale Denkniveau verminderte interpersonelle Problemlösekompetenzen, sind sich ihrer Wirkung auf andere nicht bewusst und sind zu weniger Empathie fähig. Diese defizitären Denkmuster sind dem Konstrukt verwandt, das beispielsweise in der Schizophrenieforschung mit dem Konzept der mangelhaften „Theory of mind (ToM)“ bezeichnet wird. Übertragen auf die Depressionsforschung meint Theory of mind *„eine Art »Sammlung« von basalen Konzepten der menschlichen Interaktion inklusive Regeln für deren Anwendung [...] Bestandteile dieser ToM-Schemata können die Fähigkeit zur Empathie, zum Perspektivenwechsel, zur Antizipation, aber auch zur Wahrnehmung und Regulation eigener Gefühle sein“* (Dykieret et al., 2012, p. 320). Seit den ersten Erfolgsnachweisen von CBASP versuchen Forscher, dessen Wirkungsweise in Studien zu belegen. Einige davon liefern Hinweise, dass chronisch Depressive tatsächlich interpersonelle oder kognitiv-emotionale Defizite aufweisen (z.B. Constantino et al., 2008; Kühnen et al., 2011; Wolkenstein, Schönenberg, Schirm, & Hautzinger, 2011; Zobel et al., 2010). Andere Arbeitsgruppen konnten diese Annahme nicht bestätigen (z.B. Wilbertz, Brakemeier, Zobel, Härter, & Schramm, 2010).

Für die Operationalisierung der postulierten ToM-Defizite kamen unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Wolkenstein et al. (2011) setzten bei einer Stichprobe mit Depressiven (allerdings nur zu geringem Prozentsatz chronisch erkrankt) für dieses Konstrukt zwei verschiedene Messinstrumente ein: den *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET, Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001) und das *Movie for the Assessment of Social Cognition* (MASC, Dziobek et al., 2006). Mit dem RMET, bei dem emotionale Gesichtsausdrücke richtig gedeutet werden sollen<sup>11</sup>, sollte die Fähigkeiten, Emotionen zu dekodieren, getestet werden. Das MASC-Video wurde als Maß für die Fähigkeit der Integration kontextbezogener Informationen über beobachtete Personen („Reasoning ability“) bezüglich deren Emotionen und Intentionen eingesetzt. Im Gegensatz zum RMET, dessen Ergebnisse sich nicht signifikant zwischen Depressiven und Gesunden unterschieden, zeigten die depressiven Patienten hinsichtlich des „Reasonings“ schlechtere Ergebnisse. Depressive scheinen nach dieser Studie also weniger in der Lage zu sein, die Gefühle und Absichten anderer Personen aus deren Verhalten und Auftreten herauslesen zu können.

Der Versuch von Wilbertz et al. (2010), die Defizite chronisch depressiver Patienten mit Hilfe des MASC-Videos zu quantifizieren, zeigte allerdings keine Ergebnisse, die die Hypothese McCulloughs hinsichtlich des präoperationalen Denkens chronisch Depressiver stützen konnten.

Zobel et al. (2010) nutzten Bildergeschichten, die verschiedene interpersonelle Situationen darstellten, um ToM-Fähigkeiten zu messen. 30 chronisch depressive Patienten und 30 gesunde Kontrollen wurden untersucht. Die Patientengruppe schnitt in allen Bereichen ("Affective", „Intentional“, „Cognitive“, „Causal“) signifikant schlechter ab als die Kontrollgruppe. Allerdings blieb unklar, ob diese Defizite im "Lesen" sozialer Interaktionen nicht rein auf die vorhandenen kognitiven Einschränkungen zurückführen waren. Ladegaard et al. (2014) haben soziale Kognitionen und Metakognitionen mit einem ToM-Video und Fragebögen gemessen. Es konnte kein Unterschied zwischen chronisch und episodisch depressiven Patienten festgestellt werden. Allerdings bestand eine Korrelation von Testergebnis und Krankheitsschwere (schwer depressiv erkrankte schnitten signifikant schlechter ab).

Da die grundlegende Hypothese, dass sich chronisch depressive Patienten im kognitiv-emotionalen Bereich auf präoperationalem Denkniveau befinden, mit herkömmlichen Messmethoden schwer zu operationalisieren war, entwickelte die Arbeitsgruppe von Kühnen et al. (2011) einen neuen Fragebogen, der ebendiese Denkstrukturen erfassen sollte. Der entstandene *Lübeck Questionnaire for recording Preoperational Thinking* (LQPT)<sup>11</sup> wurde an einer Stichprobe aus 30 episodisch Depressiven, 30 chronisch Depressiven und 30 gesunden Kontrollen überprüft. Es zeigte sich neben guter Reliabilität und Validität des neuen Tests ein signifikanter Unterschied zwischen gesunden aber auch zwischen episodisch depressiven und chronisch depressiven Patienten. Die chronisch depressive Gruppe schnitt hoch signifikant schlechter ab, was gleichbedeutend ist mit einem höheren Ausmaß an präoperationalen Denkstrukturen und Reaktionsmustern. Diese Ergebnisse stellten einen wichtigen Hinweis für die Richtigkeit von McCulloughs Theorie dar.

Darüber hinaus erwies sich CBASP als eine Methode, mit der sich der Stimuluscharakter verändern ließ, was zur depressiven Symptomreduktion beiträgt. Beispielsweise konnten Constatino et al. (2012) zeigen, dass eine Entwicklung des Patienten gemäß des Kiesler-Kreises von einer unterwürfig-feindseligen hin zu einer freundlich-

---

<sup>11</sup> Das dieses Instrument in der vorliegenden Studie Verwendung fand ist eine ausführliche Beschreibung des Tests in Kapitel 4.4.4. nachzulesen.

dominanten Haltung (gemessen an der Bewertung des Therapeuten durch die Scores des Impact message Inventory (IMI-R; Kiesler & Schmidt, 1993)) mit einer höheren Reduktion depressiver Symptomatiken einherging. Insbesondere die Abnahme submissiver Verhaltensweisen stellte sich dabei als Schlüssel für ein besseres Therapieoutcome heraus. Brakemeier et al. (2011) zeigten, dass diese Eigenschaften im Laufe der Therapie veränderbar waren. Constatino et al. (2008) konnten bei chronisch Depressiven ein deutlich höheres Maß an submissivem und feindseligem Verhalten beobachten, als in einer gesunden, aber auch einer akut depressiv erkrankten Gruppe. Im Laufe der Therapie glichen sich die Stimuluscharaktere an, die Haltung wurde insgesamt freundlicher. Auf den Unterskalen des IMI-R mit dominanten Anteilen lagen die chronisch depressiven Patienten allerdings auch nach Therapie niedriger als Probanden der gesunden Vergleichsgruppe.

Quilty, Mainland, McBride, & Bagby (2013) zeigten (allerdings für episodisch Depressive), dass ein höherer Anteil an dominanten Verhaltensweisen im Verlauf einer Therapie ein besseres Outcome vorhersagte, wenn es zu einem späten Zeitpunkt der Therapie entwickelt werden konnte.

Manber et al. (2003) verwendeten an der Stichprobe der Keller-Studie (Keller et al., 2000) den Fragebogen *Patients Performance Rating Form* (PPRF) (McCullough, Lord, Conley, & Martin, 2010), um den Fähigkeitenzugewinn der Patienten im Laufe der CBASP-Therapie zu messen. Das Instrument bewertet die Effektivität der Patienten bei der Durchführung von Situationsanalysen und wird vom Therapeuten beurteilt. Dabei konnte bei Patienten effektiveres Verhalten im Laufe der Therapie gefunden werden, das nicht durch eine zusätzliche Medikamentengabe gesteigert werden konnte.

Klein et al. (2011) untersuchten an der chronisch depressiven Stichprobe der REVAMP-Studie (Kocsis, Gelenberg et al., 2009) die sozialen Problemlösefähigkeiten anhand des *Social Problem Solving Inventory*s (SPSI). Die CBASP-Gruppe zeigte diesbezüglich eine signifikant größere Verbesserung im Laufe der Therapie im Vergleich zu BSP und Pharmakotherapie, allerdings war die Korrelation zwischen Therapieoutcome und den Ergebnissen des SPSI in allen Gruppen gleich. Daraus schließen die Autoren, dass es andere Wirkfaktoren geben müsse, die die Wirksamkeit von CBASP besser erklärten.

Die Studienergebnisse beispielsweise von Wilbertz et al. (2010) und Zobel et al. (2010) lassen vermuten, dass bei chronisch Depressiven kein generelles Defizit der ToM vorliegt, sondern isoliert bestimmte Bereiche der ToM (vor allem im Bezug auf



konfliktreiche psychosoziale Kontexte) defizitär sind. Hierbei wird ein Unterschied zwischen kognitiver und emotionaler Empathie vermutet (Dykier et al., 2012).

Klein et al. (2015) schließen aus den vorliegenden Studien, dass Nachweise für die interpersonellen Defizite chronisch Depressiver eher zu finden sind, wenn Messmethoden verwendet werden, die Reaktionen von diesen Patienten in einer aktiven, partizipierenden Rolle beobachten („Was sagen oder tun Sie?“). Seltener werde man zu Ergebnissen kommen, wenn Instrumente eingesetzt werden, die eine Beobachterrolle voraussetzen („Was denken Sie wird Person X sagen oder tun?“) (Klein et al., 2015). Auf Grundlage dieser Annahmen entwickelte die Arbeitsgruppe von Klein ein neues Messinstrument, den „*Interactive Test of Interpersonal Behavior*“ (ITIB). Dabei werden analog zum CBASP-Therapieelement der Situationsanalyse sechs interpersonell schwierige Situationen vorgestellt. Diese sind als Interaktion bzw. Dialog aufgebaut. Der Proband wird aufgefordert, eine von drei Reaktionsmöglichkeiten auszusuchen, die als feindselig und nicht zielführend, freundlich und nicht zielführend oder freundlich und zielführend eingestuft werden. Je häufiger und schneller der Proband freundlich/zielführendes Verhalten zeigt, desto mehr Punkte werden vergeben. Der Test wurde an einer Stichprobe mit jeweils 15 Probanden in den Gruppen chronischer sowie der episodisch Depressiven und gesunden Kontrollen durchgeführt. Es zeigten sich deutliche Gruppenunterschiede zwischen den kranken und gesunden Probanden sowie zwischen episodisch und chronisch depressiv Erkrankten. Die chronisch depressive Gruppe schnitt am schlechtesten ab, was ein weiterer Hinweis dafür sein könnte, dass bei diesen Patienten ein tiefgreifendes interpersonelles Defizit vorliegt. Allerdings wird von den Autoren angemerkt, dass die Gütekriterien des ITIB noch nicht ausreichen, um Patienten in einer Therapiestudie im Prä/Post Vergleich zu untersuchen, da noch Items vorhanden seien, die bislang keine ausreichende Konstruktvalidität aufwiesen. Die Studie zeigt allerdings Hinweise, dass die Performance im ITIB, also die Effektivität beim Bearbeiten von Situationsanalysen, als Moderatorvariable für das präoperationale Denken wirken könnte.

Insgesamt gibt es mehrere Anhaltspunkte für interpersonelle Defizite bei chronisch depressiven Patienten. Dass das theoretische Fundament von James McCullough auch empirisch begründet werden kann, erscheint wahrscheinlich, obgleich es noch nicht widerspruchsfrei belegt ist. Inwiefern diese postulierten Defizite durch Psychotherapie, insbesondere CBASP, wie vermutet beeinflussbar sind, ist bislang noch weitgehend unerforscht.

### 2.3.5. CBASP in der Gruppe

Da die Hauptproblematik chronisch depressiver Patienten im interpersonellen Bereich begründet ist, liegt die Überlegung nahe, zwischenmenschliche Interaktion in einem geschützten Rahmen über die reine Patienten-Therapeuten-Beziehung möglich zu machen und das CBASP-Konzept in einen Gruppenkontext zu stellen. Durch das Agieren in der Gruppe kann nicht nur gegenseitige Unterstützung erfahrbar gemacht, sondern auch die Entwicklung neuer interpersoneller Strategien gefördert werden.

In Sayegh und Locke et al. (2012) ist die Intention des Einsatzes der Gruppentherapie folgendermaßen begründet: *„Treating chronically depressed patients in a group approach would have the added benefits of being cost-effective and providing an interpersonal context in which patients can practice social skills, thus face in vivo previously avoided interpersonal situations.“* (Sayegh et al., 2012, p. 97)

Das Gruppentherapiekonzept nach CBASP wurde von Brakemeier und Schramm manualisiert (2009). 2012 wurde ein Kurzmanual veröffentlicht (Schramm, Brakemeier, & Fangmeier, 2012). Die Gruppentherapie wird in Therapiegruppen von vier bis acht Patienten durchgeführt<sup>12</sup>. Voraussetzung für eine Gruppenteilnahme ist die Erarbeitung der Prägungen und Übertragungshypothesen in Einzeltherapiesitzungen. Dafür werden etwa zwei bis vier Sitzungen veranschlagt. In geschlossenen Gruppen folgt daraufhin die Anfangsphase mit Einführung der Gruppenregeln und der CBASP-Elemente. Meist in der zweiten Gruppensitzung werden die Übertragungshypothesen der einzelnen Gruppenmitglieder vorgestellt. Dies schaffe Nähe zwischen den Gruppenmitgliedern und einen ersten Überblick über die „Hotspots“ der Sitzungen.<sup>13</sup> Der Inhalt der Hauptphase besteht vornehmlich aus dem Einsatz von Situationsanalysen und der Arbeit mit dem Kiesler Kreis. Wenn möglich werden auch interpersonelle Diskriminationsübungen eingesetzt, besonders im Anschluss an eine Situationsanalyse. Schramm et al. (2012) beschreiben die CBASP-Gruppentherapie als *„Einzeltherapie in der Gruppe“* (Schramm et al., 2012, p. 6 in Anlehnung an Fiedler, 2005). Das bedeutet, dass sich der Inhalt der einzelnen Sitzungen dem Problem bzw. der mitgebrachten Situation eines einzelnen Patienten widmet. Die anderen Gruppenmitglieder sind dabei in der Position, den Patienten bei der Erarbeitung zu

<sup>12</sup> Mehrere Autoren führen eine Gruppe aus sechs Teilnehmern als ideale Gruppengröße an. Dabei sei die beste Unterstützung zwischen den Gruppenmitgliedern gewährleistet, da ein ideales Gleichgewicht zwischen dem Fokus auf den einzelnen Patienten und ausreichend „Power“ der Gruppenmeinung herrsche. (Vgl. Schramm, Brakemeier, and Fangmeier (2012)p. 12)

<sup>13</sup> In offenen Gruppen werde für die neu hinzugekommene Person zusätzlich zur Einführung in Einzeltherapie eine kurze Erklärung der Gruppenregel und Therapieelemente durchgeführt. Insgesamt könne der Therapieablauf aber auch durch Beobachtung kennengelernt werden. Auf eine Vorstellung der Prägungen und Übertragungshypothesen wird in diesem Rahmen zumeist verzichtet.

unterstützen und sollen modellhaft an seinem Beispiel lernen. Die letzten beiden Sitzungen bilden die Abschiedsphase und dienen der Evaluation der individuellen Lernerfolge und einem persönlichen Feedback für jeden Patienten aus Sicht der Gruppe und des Therapeuten. Es sollen Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolges erarbeitet und aufgezeigt werden (z.B. Selbsthilfegruppen etc.).<sup>14</sup>

In Deutschland existiert die Weiterentwicklung der Einzeltherapie zu einem Gruppenprogramm seit 2008. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Gruppentherapie CBASP DO! am Uniklinikum in Freiburg als Ergänzung eines stationären CBASP-Konzeptes eingeführt. Vorteil des Konzeptes ist die Einbettung in einen größeren Rahmen von CBASP-Interventionen. Dabei kann die Anwendung von CBASP-Elementen durch ein multidisziplinäres, CBASP-geschultes Team in Einzel- und Gruppentherapie, Bezugspflege, Gestaltungs- und Bewegungstherapie integriert werden und somit eine deutlich höhere „CBASP-Dosis“ erreicht werden, als dies im ambulanten Bereich möglich ist. Die Gruppentherapie bildet dabei neben der Einzeltherapie das wichtigste Standbein. Das Programm besteht in der Regel aus einer 10 bis 12-wöchigen stationären Therapiezeit. Die stationäre CBASP-Behandlung mit Gruppentherapie wurde inzwischen in zahlreichen Therapiezentren im deutschsprachigen Raum eingeführt. Das Gesamtstationäre Programm wurde in einer Pilotstudie von Brakemeier et al. (2015) evaluiert (siehe Kapitel 2.3.3). Ergebnisse der multizentrischen Pilotstudie, die die stationäre Gruppentherapie untersuchte und in die auch die Daten vorliegender Studie eingeflossen sind, sind bislang im Rahmen von Kongressen präsentiert worden, eine Zeitschriftenpublikation steht noch aus. Die Auswertung lieferte sehr ermutigende Ergebnisse im Bezug auf Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Gruppentherapie

Auch eine ambulante Gruppentherapie konnte 2009 in Freiburg etabliert werden und wird in ambulanten und teilstationären Settings deutschlandweit immer häufiger eingesetzt. Dabei sind in der Regel wöchentliche Sitzungen über 100 Minuten vorgesehen, die bis zu einem Jahr fortgeführt werden. Mehrere Studien werden aktuell zu diesem Thema durchgeführt. Publiziert ist bereits eine Vergleichsstudie von einer CBASP- mit einer MBCT- und einer TAU-Gruppe (Treatment as usual). Die CBASP-Gruppe erwies sich dabei als signifikant besser als die beiden anderen Bedingungen. Zwischen der MBCT- und der TAU-Bedingung konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden. (Michalak, et al., 2015)

Eine kanadische Studie von (Sayegh et al., 2012) untersuchte eine ambulante Gruppentherapie an einer Stichprobe von 44 chronisch oder therapieresistent

---

<sup>14</sup> Der genaue Ablauf der CBASP-Gruppentherapie im stationären Rahmen als untersuchte Intervention wird in Kapitel 4.6. ausführlicher beschrieben

depressiven Patienten. Es zeigten sich gute Abnahmen der Depressivität und eine verbesserte soziale Anpassungsfähigkeit sowie Selbstwirksamkeit. Bei nur 12 Therapiesitzungen war die Remissionsrate allerdings gering.

Insgesamt wird das Gruppenkonzept nach ersten Evaluationen somit als vielversprechend angesehen.

Analog zu den Wirkfaktoren Yaloms liegen die Vorteile von CBASP als Gruppenmodalität auf der Hand: Durch Gruppenkohäsionseffekte und die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls besteht die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen nicht nur mit dem Therapeuten zu erleben, sondern im Gruppengefüge direkt mit einer größeren Anzahl an Personen und somit auf noch wirkungsvollere Art und Weise alte Erfahrungen und Erwartungshaltungen zu revidieren. Pathologische Verhaltensweisen treten im Gruppenkontext gehäuft zu Tage und können direkt aufgegriffen und bearbeitet werden. Die Gruppe dient als Übungsfeld, adaptive Interaktionen im größeren Kontext zu lernen und auszuprobieren, gefördert und unterstützt vom Therapeuten. Insofern können Situationsanalysen noch effektiver eingesetzt werden. Die Möglichkeit zum direkten Modelllernen und die Förderung von Perspektivenübernahme stehen dabei als weitere Vorteile im Vordergrund. Durch Miterleben der Fortschritte anderer kann Hoffnung auf Besserung entstehen und Optimismus gefördert werden.

### **3. Ziele und Fragestellungen der Studie**

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der CBASP-Gruppentherapie als Element der CBASP-Behandlung im stationären Setting am Studienzentrum Marburg zu überprüfen. Darüber hinaus soll eine wissenschaftliche Annäherung an die Theorie McCulloughs erfolgen, um dadurch Rückschlüsse auf die Wirkfaktoren sowie mögliche Prädiktoren für eine erfolgreiche Therapie ziehen zu können. Das Studiendesign in Form einer nicht randomisierten Pilotstudie ohne Kontrollgruppe ist den bisherigen mangelnden Erkenntnissen in diesem Bereich insbesondere im Bezug auf die Gruppentherapie geschuldet. Insofern soll die vorliegende Arbeit erste Erkenntnisse liefern, welche Faktoren bei der Wirksamkeit der stationären CBASP-Therapie eine Rolle spielen, was maßgebliche Einflussgrößen für das Therapieoutcome sein könnten und mit welchem Fokus randomisiert-kontrollierte Studien konzipiert werden könnten.

Zusätzlich soll in einer Nachuntersuchung drei Monate nach der stationären Entlassung die Rückfallrate überprüft und damit die Nachhaltigkeit der Therapie erfasst werden. Dies könnte auch Ansatzpunkte liefern, ob möglicherweise für diese neue Therapieform die Etablierung einer standardisierten Nachbetreuung über das Therapieende hinaus sinnvoll sein könnte.

Auch soll der Frage nachgegangen werden, ob bestimmte Fähigkeiten, die in der CBASP-Gruppentherapie erlernt wurden, nachhaltige Wirkung zeigen, in dem Sinne, dass sie den Patienten helfen, auch über das Therapieende hinaus eine euthyme Stimmungslage zu erhalten. Dafür werden die Depressionswerte in der Nachuntersuchung mit den Verbesserungen bestimmter Eigenschaften während der Therapie korreliert. In diesem Rahmen soll auch die Frage beantwortet werden, welche Faktoren dabei den größten Einfluss zeigen.

Da bei gegebenem Studiendesign der explorative Charakter im Vordergrund steht, wurden lediglich Fragestellungen formuliert. Dies soll implizieren, dass die vorliegende Studie nur eine Annäherung an die dargelegten Punkte liefern kann, allerdings keine wissenschaftlichen Hypothesen endgültig gestützt oder widerlegt werden können. Die Nützlichkeit liegt vielmehr darin, Grundlagen für weitergehende Forschungsarbeiten zu liefern.

**Fragestellung 1:** Ist die CBASP-Gruppentherapie DO! wirksam und umsetzbar?

Die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit sollen anhand folgender Parameter abgeschätzt werden:

1.1. Wirksamkeit:

1.1.1. Geht die depressive Symptomatik zurück? Ist eine Remission oder Teilremission zu erzielen?<sup>15</sup>

1.1.2. Verbessert sich die subjektiv empfundene Lebensqualität?

1.2. Umsetzbarkeit:

1.2.1. Wie zufrieden sind die Patienten mit der Behandlung insgesamt?

1.2.2. Empfinden die Patienten die Therapie als hilfreich?

1.2.3. Wie hoch ist die Drop-out-Rate?

**Fragestellung 2:** Wie groß ist für die untersuchte chronisch kranke Patientengruppe die Rückfallwahrscheinlichkeit nach stationärer CBASP-Gruppentherapie nach drei Monaten?

Die Rückfallwahrscheinlichkeit soll anhand einer Nachbefragung analysiert werden. Dabei sollen Rückfälle als erneute stationäre Aufnahmen, Suizidversuche oder Umstellungen der Medikation erfasst werden, außerdem wird dafür ein Selbststrating von Depressivität und Lebensqualität genutzt.

**Fragestellung 3:** Haben bestimmte Patientencharakteristika Einfluss auf das Therapieoutcome?

3.1. Hat eine frühe Traumatisierung Auswirkung auf die Wirksamkeit der Therapie?

3.2. Hat eine vorhandene Persönlichkeitsstörung Auswirkung auf das Therapieoutcome?

---

<sup>15</sup> Eine **Remission** meint eine Verminderung der Scores des HAMD-24 unter 10 Punkte (vgl. Keller et al. 2000), beim BDI-II unter 14 Punkte und beim QIDS-SR-16 unter 6 Punkte. Eine **Response** ist für alle Depressionsbewertungsmaße als Reduktion der Werte auf < 50% vom Ausgangswert definiert.

**Fragestellung 4:** Sind spezifische Effekte der Therapie nachzuweisen?

Die Effekte sollen anhand folgender Parameter abgeschätzt werden:

- 4.1. Können die Patienten ihren Stimuluscharakter verändern (IMI-R)?
- 4.2. Ist in der Patientengruppe eine Entwicklung des Denkniveau von präoperationalem hin zu formal-operationalem Status zu evaluieren?
- 4.3. Zeigt der Patient im Verlauf der Therapie eine Verbesserung des sozialen Problemlöseverhaltens?
- 4.4. Ist in der Patientengruppe eine Entwicklung der empathischen Fähigkeiten zu messen?

**Fragestellung 5:** Ist ein Zusammenhang der spezifischen Effekte mit dem Therapieoutcome zu eruieren?

Es sollen die Zusammenhänge der Parameter aus Fragestellung 4 mit den Zielparametern Depressivität und Lebensqualität beurteilt werden:

- 5.1. Besteht ein Zusammenhang des Stimuluscharakters (im IMI-R) mit dem Therapieoutcome?
- 5.2. Ist ein Zusammenhang des Denkniveaus (im LQPT) mit dem Therapieoutcome zu evaluieren?
- 5.3. Zeigt sich ein Zusammenhang der Entwicklung des sozialen Problemlöseverhaltens (im SPSI-R) mit dem Therapieoutcome?
- 5.4. Besteht ein Zusammenhang der Entwicklung von Empathie mit dem Therapieoutcome?

**Fragestellung 6:** Kann die Veränderung der spezifischen Parameter im Verlauf der Therapie als Prädiktor für das Therapie-Outcome sowie die Rückfallwahrscheinlichkeit 3 Monate nach Ende der Therapie herangezogen werden? Was ist der beste Prädiktor?

## **4. Methoden**

Im folgenden Kapitel werden zunächst das Studiendesign, die allgemeinen Therapiebedingungen und Voraussetzungen für eine Studienteilnahme dargelegt. Darauf folgt die Beschreibung der Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte sowie die Erläuterung der untersuchten Intervention. Zuletzt erfolgt die Schilderung der allgemeinen Vorgehensweise bezüglich der Auswertung der erhobenen Daten.

### **4.1. Studiendesign**

Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht die Prüfung der potentiellen Wirksamkeit und Annäherung an die zugrundeliegende Theorie einer neuen Gruppentherapie für chronisch depressive Patienten. Da die Wirksamkeit der Gruppentherapie noch unzureichend untersucht ist, wurde die Erhebung im Sinne einer Pilotstudie durchgeführt, in der die Effektivität und Machbarkeit der Gruppentherapie geprüft und Auswirkungen auf verschiedene Parameter getestet wurden, die durch die Teilnahme an der Gruppentherapie beeinflusst werden sollen. Aus den Beobachtungen sollen spezifische Hypothesen und Abschätzungen von Effektgrößen für nachfolgende randomisierte kontrollierte Studien generiert werden.

Die Untersuchung beinhaltet vier Messzeitpunkte: eine Prä-Messung bei Aufnahme zur stationären Behandlung, eine Verlaufsmessung nach zehn Gruppensitzungen, eine Post-Messung zum Therapieende sowie eine Follow-up-Messung drei Monate nach Beendigung der stationären Therapie. Zum Zwecke der Datenerhebung kommen Fremd- sowie Selbstbeurteilungsmaße und Interviews zum Einsatz.

Die Marburger Ethikkommission hat die vorliegende Studie genehmigt. Vor Studienbeginn fand regelhaft ein Aufklärungsgespräch statt, wobei die teilnehmenden Patienten eine schriftliche Einwilligung unterzeichneten (S. Anhang).

### **4.2. Allgemeine Therapiebedingungen**

Neben der CBASP-Gruppentherapie DO! als untersuchter Intervention, die zweimal pro Woche in einer Länge von 90 Minuten stattfand, waren die Patienten in den regulären Stationsablauf, die allgemeine Patientenversorgung sowie eine Vielzahl an zusätzlichen Angeboten eingebunden. Alle Studienteilnehmer erhielten mindestens zwei Therapieeinheiten Einzeltherapie pro Woche (in der Regel CBASP), außerdem



ein medikamentöses Therapieregime nach der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung von unipolaren Depressionen, wurden von einer Fachpflegekraft betreut und nahmen einmal wöchentlich an der Psychoedukationsgruppe teil. Alle anderen Therapieelemente wurden individuell mit den Patienten besprochen.

Folgende Tabelle zeigt die allgemeinen Therapieangebote und den Inhalt der ergänzenden Therapien, an denen die Patienten während ihres stationären Aufenthaltes teilnehmen können.

**Tabelle 3: Therapieelemente**

<b>Frequenz der Gruppentherapie CBASP DO!</b>	2 mal pro Woche à 90 Minuten
<b>Verfahren und Frequenz der Einzeltherapie</b>	CBASP oder VT 2 Therapieeinheiten pro Woche; Kurzkontakte nach Bedarf
<b>Fachtherapien</b>	Bewegungs-, Ergo- und Physiotherapie
<b>Pflege</b>	(CBASP-)Bezugspflegesystem
<b>Medikamentöse Therapie</b>	nach S3-Leitlinie zur Behandlung von unipolaren Depressionen
<b>Psychoedukative Angebote</b>	Psychoedukation (VT)
<b>Sonstiges</b>	„CBASP Do it yourself!“ (Aktivierung), PMR, Autogenes Training, Sport- und Freizeitangebote

### 4.3. Studienteilnehmer

Voraussetzungen für die Studienteilnahme der Patienten war eine stationäre Einweisung in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg auf die Schwerpunktstation für depressive Erkrankungen mit der Diagnose einer chronischen Depression (siehe Kapitel 2.2.1. Diagnosekriterien der chronischen Depression) sowie die regelmäßige Teilnahme an der Gruppentherapie CBASP DO! im Zeitraum des stationären Aufenthaltes.

Da die Klinik eine psychiatrische Einrichtung für die Behandlung erwachsener Patienten darstellt, waren die eingeschlossenen Personen alle im Alter zwischen 18 und 75. In beschriebener Stichprobe (siehe Kapitel 5.1.) stellt sich ein Altersspektrum von 23 bis 62 dar.

Die Diagnose einer chronischen Depression musste der primäre Anlass für den aktuellen stationären Aufenthalt sein (siehe auch Tab. 4). Die Primärdiagnose einer Bipolaren Störung, Panikstörung, Generalisierten Angststörung, Sozialen Phobie oder Posttraumatischen Belastungsstörung galten als Ausschlusskriterium. Auch

Patienten mit komorbiden Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und mit wahnhaften Störungen (ICD-10 F20 bis F23) wurden von der Teilnahme ausgeschlossen.

Suizidalität ohne Absprachefähigkeit galt ebenfalls als Ausschlusskriterium.

Da für das Ausfüllen der Fragebögen ein gutes Sprachverständnis von Nöten ist, wurden gute Kenntnisse der deutschen Sprache für den Einschluss in die Studie vorausgesetzt. Die teilnehmenden Patienten akzeptierten nach einem Aufklärungsgespräch mit Überprüfung ihres Verständnisses der Studiendurchführung und Datenschutzmaßnahmen durch Unterzeichnen der Einverständniserklärung die Studienbedingungen. Von Patienten, die keine schriftliche Einwilligung abgaben, wurden keine Daten verwendet.

***Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme***

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorliegen einer der folgenden Diagnosen (nach DSM-IV): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysthymie (300.24)</li> <li>- Double Depression (300.24 + 296.2x)</li> <li>- chronische depressive Episode über mind. zwei Jahre (296.3x)</li> <li>- rezidivierende Depression ohne vollständige Remission zwischen den Episoden über mind. zwei Jahre (296.3x)</li> </ul> </li> <li>▪ Alter 18-75 Jahre</li> <li>▪ regelmäßige Teilnahme an der CBASP-Gruppentherapie DO! (= max. 2 Fehltermine)</li> </ul>
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht-Einwilligung oder Unfähigkeit zur Einwilligung in die Studie</li> <li>▪ Fehlende deutsche Sprachkenntnisse</li> <li>▪ Schizophrene und Wahnhafte Störungen (ICD-10 F20 - F23)</li> <li>▪ Vorliegende Bipolare Störung</li> <li>▪ Suizidalität ohne Absprachefähigkeit</li> <li>▪ Vorliegen einer der folgenden Störungen als</li> </ul>
Primärdiagnose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Panikstörung</li> <li>- Generalisierte Angststörung</li> <li>- Soziale Phobie</li> <li>- Posttraumatische Belastungsstörung</li> </ul>

#### **4.4. Erhebungsinstrumente**

Alle Erhebungsinstrumente, die in beschriebener Studie zum Einsatz kamen, sind in unten stehender Tabelle zusammengefasst. Zusätzlich ist gekennzeichnet, zu welchen Messzeitpunkten erhoben wurden.

**Tabelle 5: Übersicht der diagnostischen Instrumente der Studie**

Diagnostischer Bereich	Instrument	Autoren	Messzeitpunkte
<b>Depressive Symptomatik</b>	HAMD-24	Hamilton, 1960,1967	prä, t1, post
	BDI-II	Beck et al. 1996; dt.: Hautzinger et al. 2006	prä, t1, post, fu
	QIDS	Rush et al., 2003	prä, t1, post
<b>Funktionsniveau</b>	GAF	Saß et al., 2003	prä, t1, post
<b>klinischer Eindruck</b>	CGI	National Institute of Mental Health, 1985	prä, t1, post
<b>Lebensqualität</b>	WHOQOL-BREF	WHOQOL Group, 1998	prä, post, fu
<b>Spezifische veränderbare Eigenschaften</b>	LQPT (Denkniveau)	Kühnen et al. 2011	prä, post
	SPSI-R (Soziales Problemlösen)	D'Zurilla et al. 2002; dt:Graf, 2003	prä, post
	IMI-R (Stimulus-charakter)	Kiesler & Schmidt,1993, Caspar, 2002	prä, post
	RMET (Empathie-vermögen)	Baron-Cohen, 2001	prä, post
<b>Traumatisierungen</b>	CTQ	Bernstein & Fink, 1998; dt.: Gast, Rodewald, Benecke & Driessen, 2001	einmalig im Verlauf
<b>Persönlichkeits-eigenschaften</b>	NEO-FFI	Costa & McCrae, 1992; dt.: Borkenau & Ostendorf, 1993	einmalig im Verlauf
<b>Persönlichkeits-störungen</b>	SKID-II-Fragebogen/-Interview	Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 2007	einmalig im Verlauf
<b>Zufriedenheit und Akzeptanz</b>	ZUF-8	J. Schmidt et al. 1989; J. Schmidt et al. 2002	post
	Patienten-Evaluationsbogen für die CBASP-Gruppe DO!	Brakemeier, Strunk & Schramm, 2009	post

**Anmerkungen.** HAMD-24 Hamilton Depressionsskala (24 items), BDI II Becks Depressionsinventar II, QIDS-SR16 Quick Inventory for Depressive Symptomatology (Self-Rated; 16 Items, short form), GAF Global Assessment of Functioning, CGI Clinical Global Impression Scale, WHOQOL-BREF World Health Organisation Quality of Life assessment (26 items, short form), LQPT Luebeck Questionnaire of Preoperational Thinking, SPSI-R Social Problem Solving Inventory - Revised Version (25 Items, short form), IMI-R Impact Message Inventory Revised, RMET Reading the Mind in the Eyes Test, CTQ Childhood Trauma Questionnaire, SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse II: Persönlichkeitsstörungen).

#### **4.4.1. Soziodemographische Daten und Vorgeschichte**

Soziodemographische Variablen wurden anhand eines Fragebogens erfasst. Des Weiteren wurde eine detaillierte Anamnese erhoben, bei der die psychiatrische Vorgeschichte, Beginn und Verlauf der depressiven Erkrankung, Andauern der aktuellen depressiven Episode, Suizidversuche in der Anamnese und bisherige Vorbehandlungen und deren Therapieerfolge erfasst wurden. Besonderes Augenmerk galt auch der Begleitmedikation mit Art der Medikation, Dauer der Behandlung und Dosierungen. Zusätzlich wurden internistische und psychiatrische Diagnosen dokumentiert. Änderungen des medikamentösen Therapieregimes wurden über die Dauer der Studie kontinuierlich erfasst.

#### **4.4.2. Depressivität und Funktionsniveau und klinische Einschätzung**

Zur Fremdbeurteilung wurde mit den Patienten zum Zeitpunkt der Prä-, Verlaufs- und Post-Messung das halbstrukturierte Interview HAMD-24 (Hamilton, 1967) durchgeführt, um die depressive Symptomatik zu beurteilen, sowie GAF (Saß et al., 2003) und CGI (National Institute of Mental Health, 1985) zur Einschätzung des Funktionsniveau und der Krankheitsschwere.

Die **Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)** (Hamilton, 1960), (Hamilton, 1967), die als Goldstandard in der Erfassung der Symptomschwere depressiver Syndrome gehandelt wird (Bagby, Ryder, Schuller, & Marshall, 2004), misst den Schweregrad der depressiven Symptomatik in der verwendeten Form durch 24 Items, die auf 3 – 5 stufigen Skalen bewertet werden. Als zeitlicher Bezugsrahmen gelten die letzten Tage bis Wochen vor dem Interview. Eingesetzt als Instrument zur Fremdbeurteilung der Depressionsschwere werden sowohl kognitive als auch somatisch affektive Symptome erfasst. Die Fassung mit 24 Items wurde ursprünglich für die Verwendung in der *REVAMP*-Studie 2008 entwickelt, die Psychotherapie als Augmentationsstrategie für therapieresistente chronische Depression untersuchte (Trivedi et al., 2008). In dieser Version werden zusätzlich Tagesschwankungen, Depersonalisationsempfinden, psychotische und Zwangssymptome, sowie Gefühle der Hilf-, Hoffnungs- und Wertlosigkeit beurteilt.

Auf Grundlage der Untersuchung an gesunden Patienten, sollte eine Remission ab einem Wert zwischen 7 und 10 angenommen werden (Zimmerman, Chelminski, & Posternak, 2004). Da in der untersuchten stationären Stichprobe hauptsächlich sehr schwer depressiv erkrankte Patienten vertreten sind, wird eine Remission mit einem

Wert  $\leq 10$  festgelegt. Eine Response wird als Reduktion des Wertes im Prä-Post-Vergleich um 50% definiert.

Im Bezug auf die Erfüllung der Gütekriterien der HAMD gehen die Meinungen auseinander. Mehrere Forschungsgruppen berichten in ihren Validierungsstudien gute bis befriedigende Ergebnisse (z.B. Morriss, Leese, Chatwin, & Baldwin, 2008; Akdemir et al., 2001; Olden, Rosenfeld, Pessin, & Breitbart, 2009). Die Interrater- und Retest-Reliabilität, die konvergente Validität sowie Sensitivität und Spezifität der HAMD wird in diesen Studien als hoch eingeschätzt. Ebenso konnte in einem Review über 409 Studien (Trajković et al., 2011) eine gute gepoolte interne Konsistenz von  $\alpha = .789$  ermittelt werden. Die Interraterreliabilität nahm im zeitlichen Verlauf (mit dem Datum der Publikation) zu, was die Autoren auf zunehmende Schulung und klinische Erfahrung mit dem Messinstrument zurückführen. Die Retestreliabilität wurde mit Werten zwischen 0.87 und 0.94 ebenfalls als hoch eingeschätzt.

Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) bewerten dagegen die Validität und Reliabilität des Messinstruments in einem Review über 70 Studien als kritisch (Bagby et al., 2004). Die Kriterien der HAMD stimmten mit denen des DSM-IV nicht überein, Retestreliabilitäten auf Ebene einzelner Items seien zum Teil sehr gering und die Skalierung der Einzelpunkte sei nicht homogen, wodurch unterschiedliche Gewichtungen der einzelnen Symptome resultierten. Allerdings untersucht das zitierte Review zu 81,5 % Studien, die nicht an der eigentlichen Zielgruppe des Verfahrens – Patienten mit Major Depression in stationärer Behandlung – durchgeführt wurden (Corruble & Hardy, 2005). Aus diesem Grund bezweifeln Corruble und Hardy die bei Bagby et al. berichtete psychometrische Qualität der HAMD.

Zudem wird berichtet, dass durch Schulungen in der Durchführung des Interviews und Einsatz eines Interviewleitfadens, wie in der vorliegenden Studie verwendet, die Interraterreliabilität und die Retestreliabilität der HAMD auf gute bis sehr gute Werte erhöht werden kann (z.B. Istriana et al., 2013; Müller & Dragicevic, 2003; Potts, Daniels, Burnam, & Wells, 1990; Williams, 1988).

Das **Global Assessment of Functioning** (GAF, Saß, 2003) basiert auf der Achse V des DSM IV-TR (APA, 1994; Saß, 2003). Die Skala bewertet das allgemeine Funktionsniveau in psychischen, sozialen und beruflichen Bereichen auf einer Skala von 1-100. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund körperlicher Einschränkungen sollen dabei ausdrücklich nicht mit einbezogen werden. Die Skala ist hierbei als hypothetisches Kontinuum von Gesundheit bis Krankheit zu verstehen. Die Beurteilung auf der GAF-Skala soll sich auf den gegenwärtigen Zeitraum beziehen.

Der Skalenwert für das aktuelle Funktionsniveau spiegelt den Behandlungsbedarf und den Bedarf an Hilfe und Fürsorge wider.

Der Wert 100 beschreibt in diesem Zusammenhang eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit mit vielfältigen Aktivitäten. Zunehmende Einschränkungen werden in abnehmenden 10er-Clustern zusammengefasst (z.B. 70-61) und beschrieben, wobei auch Zwischenwerte vergeben werden können. Das Symptom-Cluster 1-10 beschreibt schließlich eine Patientengruppe, bei der die ständige Gefahr besteht, dass sie sich oder andere schwer verletzen bzw. die Unfähigkeit besteht, die minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten oder ernsthafte Selbstmordversuche mit eindeutiger Todesabsicht verübt wurden.

Als Cut-off-Wert, welcher zwischen normalem und pathologischem Funktionsniveau unterscheidet, gilt ein Wert von  $\geq 70$  Punkten (Lange & Heuft, 2002).

Zur Einschätzung des klinischen Eindrucks und Fortschrittes wird als weiteres Fremdbeurteilungsmaß die **Clinical Global Impression Scale** (CGI, National Institute of Mental Health, 1985) eingesetzt. Hiermit beurteilt der Behandler auf 7-stufigen Skalen die Symptomschwere (1 = Patient ist überhaupt nicht krank; 7 = Patient gehört zu den extrem schwer Kranken) und die Symptomveränderung über die Zeit der Therapie (1 = Zustand ist sehr viel besser; 7 = Zustand ist sehr viel schlechter.). Außerdem werden auf 4-stufigen Skalen die therapeutische Wirksamkeit (1 = Sehr gut – Umfassende Verbesserung - Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome; 4 = Zustand unverändert oder verschlechtert.) und Ausprägung von Nebenwirkungen (1 = Keine; 4 = Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit.) beurteilt. Die Beurteilung anhand des CGI erfolgt zum Zeitpunkt der Prä-/ t1- und Post-Messung. Da zur Prä-Messung noch keine Aussage über klinischen Fortschritt und therapeutische Wirksamkeit getroffen werden kann, wird zu diesem Zeitpunkt allein die Symptomschwere beurteilt.

In Validierungsstudien zeigte sich der CGI als valides Maß für klinisches Outcome und gut handhabbar für den Routinegebrauch im stationären Setting. Es zeigte sich eine hohe Sensitivität für klinische Veränderung und Reliabilität bei Rating durch erfahrene Kliniker. (Berk et al., 2008)

Als Selbstbeurteilungsmaße wurden den Teilnehmern zum Zeitpunkt der Prä-, Verlaufs- und Post-Messung BDI-II (Hautzinger et al., 2005) und QIDS (Rush et al., 2003) zur Erfassung der depressiven Symptomatik vorgegeben.

Das **Beck Depression Inventory II** (BDI-II; Beck & Steer, R.A. & Brown, G.K., 1996; deutsche Version: Hautzinger, Keller, & Kühner C., 2006) ist ein Selbstbeurteilungs-

fragebogen zur Erfassung der depressiven Symptomatik. Ebenso wie die HAMD eignet es sich lediglich zur Messung der Symptomschwere, nicht aber zur Diagnosestellung einer depressiven Episode. Dabei werden in 21 Items die häufigsten Symptomatiken depressiver Patienten in Form von 4-stufigen Ausprägungsbeschreibungen abgefragt, welche mit 0–3 Punkten besetzt sind. Dabei sollte beim Ausfüllen der Zeitraum der letzten zwei Wochen berücksichtigt werden.

Für das BDI II liegen folgende Cut-Off-Werte vor: 0-13 Punkte = keine oder minimale, 14-19 Punkte = milde, 20-28 Punkte = moderate, und 29-63 Punkte = schwere depressive Symptomatik (Beck & Steer, R.A. & Brown, G.K., 1996). In diesem Sinne wird in vorliegender Studie ein BDI-Wert  $\leq 13$  als Kriterium für Remission gewertet. Analog zur HAMD wird auch für das BDI II eine Response als Reduktion um 50% zwischen Prä- und Post-Messung definiert.

Die Gütekriterien des BDI II sind als gut anzusehen. Die interne Konsistenz wird in Studien im Bereich von Cronbach's  $\alpha = .84$  bis  $.92$  angegeben (Kühner, Bürger, Keller, & Hautzinger, 2007; Uher et al., 2008; Beck & Steer, R.A. & Brown, G.K., 1996, Hautzinger et al., 2006). Da die DSM-IV-Kriterien für depressive Episoden genau abgebildet werden, weist das BDI II außerdem eine hohe inhaltliche Validität auf (Kühner et al., 2007; Osman, Kopper, Barrios, Gutierrez, & Bagge, 2004). Auch die Retestreliabilität kann als zufriedenstellend angesehen werden (Kühner et al., 2007). Zudem wird über eine gute Änderungssensitivität des BDI II berichtet (Hiroe et al., 2005). Diesen Autoren zufolge entspricht eine 5-Punkte Differenz einer minimal relevanten klinischen Veränderung, 10-19 Punkte einer moderaten und 20 und mehr Punkte einer großen Veränderung.

Den teilweise in Studien berichteten Unterschied in den Scores von BDI-II und Fremdbeurteilungsmaßen führten Uher et al. (2008) auf die schwerpunktmäßige Erfassung kognitiver Depressionssymptome durch den BDI-II zurück.

Das **Quick Inventory of Depressive Symptomatology** (QIDS-SR-16; Rush et al., 2003) ist ein Selbstbeurteilungsbogen mit 16 Items, der sich von der 30-Item-Version *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS) ableitet. Dabei wird die Schwere der depressiven Symptomatik analog der Kriterien des DSM-IV auf 4-stufigen Ausprägungsskalen von 0-3 Punkten erfasst.

Die Symptome können neun Domänen zugeordnet werden. Diese umfassen: 1) gedrückte Stimmung; 2) Konzentration 3) Schuldgefühle/ Selbstanklage 4) Suizidalität 5) Interessen 6) Energieniveau 7) Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen oder Hypersomnie); 8) Appetit- und Gewichtszu- oder -abnahme und 9) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung.

Die Auswertung erfolgt durch die Addition der jeweils höchsten Werte, die in den einzelnen Domänen angekreuzt wurde. Der Gesamtscore bewegt sich im Bereich von 0 bis 27 Punkten.

Nach Rush et al. (2003) lässt sich aus dem Gesamtscore des QIDS-SR-16 eine Einteilung in leichte, mittelschwere, schwere und sehr schwere Symptomatik vornehmen. Dabei gilt die Symptomatik ab einem Punktwert von 21-27 als sehr schwer, Werte von 16-20 als schwer, ein Wert von 11-15 Punkten als mittelschwer und Werte von 6-10 werden als leichtgradig eingestuft. Scores < 6 werden als unspezifisch, also nicht depressiv gewertet. Somit wird ein Punktwert  $\leq 5$  als Kriterium für Remission herangezogen. Eine Response wird auch hierbei ab einer Reduktion um 50% zwischen Prä- und Post-Messung definiert. Bezüglich der Gütekriterien erwies sich das QIDS-SR-16 als gut.

Rush et al. (2003) konnten eine gute interne Konsistenz des Fragebogens ermitteln, die sich über die Dauer der Studie (12 Wochen) mit konstant ansteigenden Werten für Cronbach's  $\alpha$  zeigten (0.73–0.92). Auch in anderen Studien konnten hierfür Werte zwischen  $\alpha = .79$  und  $.871$  gezeigt werden (Cameron et al., 2013; Trivedi et al., 2004; Yeung et al., 2012; Gili et al., 2014).

Außerdem wird von einer guten inhaltlichen Validität sowie Änderungssensitivität berichtet (Rush, Bernstein et al., 2006). Allerdings kommt ein Review von Reilly et al. (2015) zu dem Schluss, dass insbesondere in diesen Bereichen die Datenlage noch nicht ausreichend sei, um hinreichende Aussagen über die Güte des Testverfahrens treffen zu können. Zudem führen sie an, dass zur Retestreliabilität bislang keinerlei Daten vorlägen (Reilly, MacGillivray, Reid, & Cameron, 2015).

#### **4.4.3. Lebensqualität**

Die Lebensqualität wird durch den Fragebogen **WHOQOL-BREF** (The WHOQOL Group, 1998), dt. Version (Angermeyer & Kilian, R. & Matschinger, H., 2002) zu Therapiebeginn, Therapieende und im 3-Monats-Follow-up eingeschätzt. Dieser Fragebogen ist eine Kurzversion des von der WHO entwickelten Fragebogens zur Lebensqualität WHOQOL-100 (The WHOQOL Group, 1995) und besteht in der verwendeten Form aus 26 Items. Der Fragebogen wird von den Patienten selbst ausgefüllt. Die Kurzversion wurde entwickelt, um die Compliance der Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen zu erhöhen und die bessere Anwendbarkeit im klinischen Gebrauch zu ermöglichen. Neben zwei Fragen zur Einschätzung der generellen Lebensqualität, wird die Lebensqualität in vier Domänen erfasst: der physischen, der psychischen, der sozialen und der Umweltdomäne (Skevington, Lotfy, & O'Connell,



2004). Der verwendete Gesamtwert wird aus den gemittelten Domänenwerten und den Werten der angegebenen globalen Lebensqualität ermittelt.

Der WHOQOL-BREF weist gute interne Konsistenzwerte bei der physischen (Cronbachs'  $\alpha = 0.82$ ), psychologischen ( $\alpha = 0.81$ ) und Umweltdomäne ( $\alpha = 0.80$ ) auf, die Domäne der sozialen Beziehungen zeigt einen Wert von  $\alpha = 0.68$ . Laut Skevington et al. (2004) unterscheiden sich kranke und gesunde Probanden signifikant, sodass die diskriminative Validität gegeben ist. Ebenso weist der Fragebogen eine gute Retestreliabilität auf (The WHOQOL Group, 1998).

#### 4.4.4. Spezifische veränderbare Eigenschaften

Durch die Theorie McCulloughs, der einen chronisch depressiven Patienten auf präoperationalem Denkniveau beschreibt, ergeben sich für die Therapie klare Zielbereiche und Kernkompetenzen, die im Verlauf gefördert werden sollen. Durch Prä- und Postmessung soll erhoben werden, inwieweit sich die Patienten während der CBASP-Gruppentherapie hinsichtlich dieser Eigenschaften verbessern. Dazu zählen der Stimuluscharakter, präoperationale Denkstrukturen, soziales Problemlöse-Verhalten sowie das Empathievermögen. Als Maß für die durch die Therapie erlernten Fähigkeiten werden folgende Mittel eingesetzt:

Das **Impact Message Inventory** (IMI-R; Kiesler & Schmidt, 2006; dt. Version: Caspar, 2003; Fingerle, 1998) ist ein Maß für den sogenannten Stimuluscharakter des Patienten. Die Grundannahme, die dahinter steht, besagt, dass jedes Verhalten in sozialen Interaktionen durch eine subtile, im Verhalten verschlüsselte Aufforderung („evoking message“) beim Gegenüber ein komplementäres Verhalten auslöst („impact message“). Impact messages zeigen sich dabei als ausgelöste Handlungsimpulse, Emotionen und Kognitionen. Laut Kiesler liefert die Erfassung dieser ein gutes Bild davon, wie ein Proband auf seine Umwelt wirkt (Caspar, 2003; Perkins et al., 1979).

Aus dieser Annahme entstand das *Impact message inventory*. Hierbei schätzt der Therapeut in verschiedenen Aussagen die Wirkungen seines Patienten auf sich selbst ein, die sich aus den therapeutischen Situationen ergeben. Die Aussagen bewegen sich auf den Achsen des Kiesler-Kreises (Kiesler, 1983) *dominant* ↔ *unterwürfig*, *freundlich* ↔ *feindselig*. Sie können somit einer der acht Faktoren des Circumplexmodelles zugeordnet werden: *freundlich*, *freundlich/submissiv*, *submissiv*, *feindselig/submissiv*, *feindselig*, *feindselig/dominant*, *dominant* und *freundlich/dominant* (vgl auch Kapitel 3.2.1). Der Fragebogen liegt in Ausführung für männliche

und weibliche Probanden vor und umfasst 64 Items. Die Einschätzung der Patienten erfolgt auf vierstufigen Ratingskalen (stimmt gar nicht, stimmt eher nicht, stimmt eher, stimmt genau).

Die Skalenwerte werden durch die Anzahl der abbildenden Items geteilt (acht pro Subskala) und auf einer oktaedrischen Skala abgebildet.

Im Median aus 16 unabhängigen Studien ergaben sich in der Überprüfung der englischsprachigen Version Werte zwischen 0.69 und 0.85 (Cronbach's  $\alpha$ ) für die internen Konsistenz. Die Bereiche *freundlich*, *feindselig* und *feindselig-dominant* zeigten mediane Koeffizienten von über 0.80. *Dominant*, *submissiv*, *feindselig/submissiv* und *freundlich/submissiv* hatten mediane Alpha-Werte im mittleren 0.70er Bereich; *freundlich/dominant* schließlich wies mit 0.69 den niedrigsten Wert auf. Diese Ergebnisse sprechen für eine gute interne Konsistenz der IMI-Skalen (Kiesler & Schmidt, 2006).

Das Circumplexmodell konnte für den Fragebogen empirisch bestätigt werden.

Die deutschsprachige Adaptation des IMI wurde in mehreren Diplomarbeiten von der Arbeitsgruppe von Franz Caspar an der Universität Freiburg übersetzt, weiterentwickelt und evaluiert. Die revidierte Form von Fingerle (1998) erfüllt die Kriterien des Circumplexmodells. Cronbach's Alpha als Kriterium für interne Konsistenz konnte für die revidierte Form mit sehr guten Werten zwischen 0.79 und 0.97 gezeigt werden (Caspar, 2003).

#### Der Luebeck Questionnaire for recording Preoperational Thinking (LQPT)

(Kühnen et al., 2011) soll das Ausmaß der präoperationalen Denkstruktur des Patienten dokumentieren. Hierbei wird präoperationales Denken in folgende defizitäre Bereiche eingeteilt: 1. Schnappschuss-Perspektive (Der aktuelle Moment wird als Wiederholung früherer negativer Erfahrungen und Vorhersage für zukünftige Situationen gewertet), 2. Prälogisches Denken, 3. Egozentrismus, 4. Mangel an funktionalem aufmerksamem Denken (Die Folgen des eigenen Verhaltens auf den Verlauf der Situation werden nicht wahrgenommen), 5. Mangel an Empathie. Der Fragebogen gibt dem Patienten Problemsituationen vor, in denen ihm jeweils zwei verschiedene Reaktionsmöglichkeiten vorgeschlagen werden. Eine davon wird dabei jeweils einem präoperationalen Reaktionsmuster zugeordnet. Zur Ermittlung des Scores wird für jede Antwort im Sinne einer präoperatorischen Antwort der Wert 0, für jede formal-operatorische Antwort der Wert 1 vergeben. Je höher sich der Summenwert also darstellt, als desto entwickelter wird das Denkniveau eingeschätzt.

Bei der Entwicklung und Evaluation des Testes durch die Lübecker Forschungsgruppe zeigte sich ein valider Vorhersagewert des Testes mit hoher Reliabilität für 20

der 22 Items für die Gruppe der chronisch depressiven Patienten im Vergleich zu Gesunden und episodisch Erkrankten. Die interne Konsistenz wird bei Kühnen et al. (2011) mit Cronbach's  $\alpha = .901$  angegeben.

Das **Social Problem-Solving Inventory – Revised** (SPSI-R; D’Zurilla T. J., Nezu A. M., Maydeu-Olivares A., 2002; deutsche Version: Graf, 2003) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von fünf Problemlösedimensionen: *Positive Problemorientierung* (PPO), *Negative Problemorientierung* (NPO), *Rationales Problemlösen* (RPS), *Impulsivität/ Nachlässigkeit* (ICS) und *Vermeiden* (AS). *Positive Problemorientierung* meint dabei die Einstellung, Probleme als lösbar zu betrachten und sich ihrer anzunehmen. *Negative Problemorientierung* „beschreibt die Tendenz, ein Problem als eine Bedrohung des Wohlbefindens zu betrachten“ (Graf, 2003, p. 279). Die Kategorie *Rationales Problemlösen* wird definiert als „rationale, reflektierte, systematische und geschickte Anwendung effektiver und angepasster Problemlösungsprinzipien und –techniken.“ (p.279) Die Kategorie *Impulsivität/ Nachlässigkeit* steht für eine unüberlegte, hektische Art und Weise sich Problemen zu widmen, ohne die Möglichkeiten und Konsequenzen abgewogen zu haben. Der Stil der *Vermeidung* schließlich meint eine Strategie der Passivität und des Hinauszögerns von Problemen und das Hoffen darauf, dass sich die Schwierigkeiten irgendwann von alleine lösen (Graf, 2003).

Der Fragebogen liegt in einer langen Version mit 52 Items, sowie einer Kurzfassung mit 25 Items vor. Die kurze Fassung besitzt dabei gleiche psychometrische Eigenschaften wie die Version mit 52 Items. Zur Erhöhung der Compliance beim Ausfüllen der Fragebögen und der leichteren Auswertung wurde in vorliegender Studie die Kurzversion verwendet. Es können ein Gesamtwert sowie Unterskalen der einzelnen Dimensionen (PPO, NPO, RPS, ICS und AS) errechnet werden. Vor Berechnung des Summenscores werden die negativ attribuierten Items der Skalen *Negative Problemorientierung*, *Impulsivität* und *Vermeidung* umcodiert, sodass im Gesamtscore hohe Werte den besten Problemlösefähigkeiten entsprechen.

Die deutsche Version, die durch die Übersetzungs-Rückübersetzungsmethode entwickelt wurde, weist eine zufriedenstellende konvergente Validität auf.

Im Bezug auf Interkorrelationen der Originalskalen des SPSI-R und der deutschsprachigen Fassung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Graf, 2003).

Die interne Konsistenz liegt in der englischsprachigen sowie der deutschen Fassung für den Gesamtscore bei 0.84 (Cronbach's  $\alpha$ ). Die Werte der Unterskalen rangieren in der englischen Version zwischen 0.71 (PPO) und 0.76 (AS). In der deutschen

Übersetzung liegen diese mit 0.69 (PPO) bis 0.82 (AS) bei insgesamt akzeptablen Werten.

Zur Überprüfung der Hypothese, dass chronisch depressive Patienten durch ihre egozentrierte Weltsicht in geringerem Ausmaß in der Lage sind, Empathie und Mitgefühl für ihre Mitmenschen zu empfinden und diese Eigenschaften im Verlauf der Therapie gefördert werden können, wird der **“Reading the Mind in the Eyes Tests”** (RMET; Baron-Cohen et al., 2001; dt. Fassung Bölte, 2005) in der revidierten Variante verwendet. Der Test besteht aus 36 Items. Jedes Item umfasst eine Fotografie (schwarz-weiß) der Augenpartie einer weiblichen oder männlichen erwachsenen Person. Ziel ist es dabei, anhand des Ausdrucks der Augen zu erkennen, was die jeweilige Person denkt oder fühlt. Für die Beantwortung werden den Probanden in Mehrfachwahlformat vier Adjektive vorgegeben, unter denen sie das den Ausdruck am besten beschreibende auswählen sollen. Für jedes richtig zugeordnete Item wird ein Punkt vergeben. Demzufolge beträgt der maximal zu erreichende Summenscore 36 Punkte. Hierdurch soll die emotionale Intelligenz, also das Empathievermögen des Patienten messbar gemacht werden. Die Testergebnisse erscheinen unabhängig vom Intelligenzquotienten (IQ) (Baron-Cohen et al., 2001).

Eine Untersuchung an der italienischen Version zeigte eine interne Konsistenz von 0.605 (Cronbach's  $\alpha$ ) und eine Retestreliabilität von 0.833 (Vellante et al., 2013). Außerdem zeigte sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied in den Ergebnissen. Frauen erreichten signifikant bessere Scores. Eine Studie von Fernández-Abascal et al. (2013) konnte ebenfalls eine gute Retestreliabilität über die Dauer von einem Jahr in einer gesunden Probandengruppe berichten.

Als durchschnittliche Werte in gesunden Stichproben wurden Scores zwischen 26 und 30 berichtet. Werte unter 22 gelten im Allgemeinen als gering, Scores von 22-30 als durchschnittlich und Werte über 30 als hoch kognitiv empathisch. (Baron-Cohen et al., 2001).

#### **4.4.5. Traumatisierung und Persönlichkeitsmerkmale und -störungen**

Chronisch depressive Patienten haben häufig kindliche Traumatisierungen erlebt und weisen in hohem Maße Persönlichkeitsstörungstendenzen auf. Daher werden diese beiden Aspekte erhoben, um mögliche Auswirkungen dieser auf das Therapie-Outcome und die Bewertung der Therapie untersuchen zu können.

Der **Childhood Trauma Questionnaire** (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 1998; dt. Übersetzung: Gast, Rodewald, & Benecke, H. H. & Driessen, M., 2001) ist ein

Selbstbeurteilungsfragebogen, der frühe Traumata im Kindes- und Jugendalter erfasst. Er besteht aus 28 Items. Der CTQ-SF besteht aus fünf Subskalen. Dabei beschreiben drei Skalen Missbrauchserfahrungen (emotionale, physische und sexuelle) und zwei Skalen Vernachlässigung (emotionale und physische). Diese Subskalen bestehen aus jeweils fünf Items. Zusätzlich ist eine weitere Skala mit drei Items vorgesehen, die Tendenzen misst, kindliche Missbrauchserfahrungen zu bagatellisieren oder zu leugnen. Die deutsche Version umfasst darüber hinaus „*drei zusätzliche Items (Item Nr. 29-31), die Inkonsistenzerfahrungen in der Ursprungsfamilie erfassen. Diese [...] Subskala ist eine Ergänzung der Arbeitsgruppe von Prof. Driessen aus Bielefeld*“ (Rodewald, 2005).

Diese Items werden jeweils auf einer Likert- Skala von 1 (“überhaupt nicht”) bis 5 (sehr häufig) beantwortet. Der Score jeder Subskala reicht von 5 (kein Missbrauch oder Vernachlässigung in der Vergangenheit) bis zu 25 Punkten (extreme Erfahrungen von Missbrauch und Vernachlässigung) (Bernstein & Fink, 1998). Bernstein et al. (1998) legten zudem Normwerte für die Auswertung des CTQ fest. Dabei unterscheiden sie Traumatisierungsgrade zwischen “non to minimal”, “low to moderate”, “moderate to severe” und “severe to extreme” für die einzelnen Dimensionen (Bernstein & Fink, 1998).

Für die Fragestellungen dieser Studie werden die Items Bagatellisierung/ Verleugnung sowie Inkonsistenzerfahrungen nicht benötigt, daher erfolgt keine Auswertung dieser Skalen.

Für die englischsprachige Originalversion liegen die Werte für die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) zwischen .92 für die Skala *Sexueller Missbrauch* und .66 für die Skala *Körperliche Vernachlässigung*. Die Retestreliabilität liegt bei  $r = .86$  (Bernstein & Fink, 1998). Die Struktur mit fünf Unterskalen in der 28-Item Version des CTQ wurde an unterschiedlichen Stichproben angewandt und konnte bestätigt werden (Bernstein et al., 2003, Thombs, Lewis, Bernstein, Medrano, & Hatch, 2007, Paivio & Cramer, 2004). Die konvergente und diskriminative Validität wurde mit verschiedenen Selbst- und Fremdratingverfahren überprüft sowie über das Urteil von behandelnden Psychotherapeuten bestätigt (Bernstein & Fink, 1998, Bernstein et al., 2003).

In der Überprüfung der deutschen Version (Bader, Hanny, Schäfer, Neuckel, & Kuhl, 2009) konnten diese Ergebnisse weitgehend übereinstimmend mit der englischen Fassung gezeigt werden. Lediglich die Skala *Körperliche Vernachlässigung* wies mit einem Wert von 0.49 für Cronbach's  $\alpha$  mäßige interne Konsistenz auf. Für alle anderen Skalen konnten hohe interne Konsistenzwerte ermittelt werden ( $\alpha \geq .80$ ). Die Konstruktvalidität konnte durch positive Korrelationen mit Ängstlichkeit/ Depressivität

sowie durch negative Korrelationen mit Lebenszufriedenheit belegt werden (Klinitzke, Rompell, Häuser, Brähler, & Glaesmer, 2012).

Die Reliabilitätskoeffizienten zeigten sich für alle Skalen mit Werten zwischen 0.74 und 0.94 als hoch.

Um die Persönlichkeitsstruktur der Patienten näher beschreiben zu können, wurde das **Neo-Fünf-Faktoren-Inventar** (NEO-FFI; Costa, P.T. & McCrae, R.R., 1992; dt. Version: Borkenau, P. & Ostendorf, F., 1993) durchgeführt. Das multidimensionale Persönlichkeitsinventar ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 60 Items, das die wichtigsten Bereiche individueller Unterschiede erfasst. Die Items werden auf fünfstufigen Ratingskalen erfasst (starke Ablehnung, Ablehnung, neutral, Zustimmung, starke Zustimmung) und können jeweils einer der fünf zugrundeliegenden Persönlichkeitskategorien Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zugeordnet werden.

Die Items sind zum Teil positiv, zum Teil negativ gepolt. Alle Items gehen in jeweils eine Skala ein; pro Skala wird ein Summenwert gebildet.

Mehrere faktorenanalytische Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die grundlegenden Persönlichkeitsmerkmale und interindividuellen Unterschiede mit den 5 Kategorien als robusten Faktoren abgebildet werden können. (z.B. McCrae & Costa, 2004; Borkenau, P. & Ostendorf, F., 1993; Costa, P.T. & McCrae, R.R., 1992). So bilden beispielsweise die Eigenschaften Geselligkeit, Aktivität, Gesprächigkeit, Personen-Orientierung, Herzlichkeit, Optimismus, Heiterkeit, Empfänglichkeit für Anregungen und Aufregungen das Merkmal Extraversion.

Die Skalen weisen gute interne Konsistenzen zwischen  $r = .71$  und  $r = .85$  auf. Zudem konnte eine Retestreliabilität bei einem Wiederholungsintervall von zwei Jahren zwischen 0.65 (Verträglichkeit) und 0.81 (Extraversion, Gewissenhaftigkeit) ermittelt werden (Borkenau, P. & Ostendorf, F., 1993).

Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erfolgt die Durchführung des *Strukturierten Klinischen Interviews nach DSM-IV*, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (**SKID-II**) (Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 2007). Dieses Verfahren besteht aus einem Fragebogen, der vom Patienten selbst ausgefüllt wird, sowie einem zugehörigen Interview zur Fremdbeurteilung und weiteren Abklärung, wodurch eine reliable Diagnose von Persönlichkeitsstörungen ermöglicht wird. Das Verfahren wird als Goldstandard in der Persönlichkeitsdiagnostik angesehen. Die Kombination aus Fragebogen und Interview verfügt dabei über eine adäquate interne Konsistenz

(Cronbach's  $\alpha$  bei 0.71-0.94) und adäquate Interraterreliabilität (Maffei et al., 1997), (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011).

#### **4.4.6. Patientenzufriedenheit und Akzeptanz**

Zum Zeitpunkt der Post-Messung füllten die Patienten den Fragebogen **ZUF-8** (Schmidt, Lamprecht, & Wittmann, 1989, Schmidt, J. & Nübling, R., 2002) aus, der die Zufriedenheit mit der erfolgten Behandlung dokumentiert.

Der ZUF-8 besteht aus acht Items, die als Fragen formuliert sind. (z.B. *„Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?“*)

Diese beinhalten jeweils vier Antwortmöglichkeiten ohne eine „neutrale“ Position. Die Antworten werden jeweils mit 1 bis 4 Punkten bewertet, wobei vier der acht Items (Item 1, 3, 6 und 7) negativ gepolt sind. Nach Umkodierung dieser Items (1=4; 2=3; 3=2; 4=1) werden alle acht Itemwerte zu dem Gesamtwert des ZUF-8 aufsummiert, was ein Skalenspektrum von 8 bis 32 ergibt. Hohe Skalenwerte kennzeichnen eine große, niedrige Skalenwerte eine geringe Zufriedenheit mit der erfolgten Behandlung (vgl. <http://www.gfqg.de/assessment/zuf-8.html>).

Für die Überprüfung an unterschiedlichen Stichproben wurde eine interne Konsistenz zwischen 0.87 und 0.93 berichtet (Schmidt, J. & Nübling, R., 2002; Kriz, Nübling, Steffanowski, Wittmann, & Schmidt, 2008). Alle korrigierten Trennschärfen lagen über  $r > .50$  (Mittelwert = .62). Die mittlere Inter-Item-Korrelation lag zwischen  $r = .54$  und  $r = 0.71$  (Kriz et al., 2008).

Als Zufriedenheit mit der stationären Behandlung wird in psychiatrischen und psychosomatischen Stichproben ein Summenscore ab 23 Punkten gewertet (Cut-off-Wert; Kriz et al., 2008).

Außerdem wird zu diesem Zeitpunkt der **CBASP Gruppen-Evaluationsbogen** ausgegeben (Brakemeier, E.-L., Strunk, R. & Schramm, E., 2009), mit dem die Patienten ihre Gesamttherapie und die einzelnen Elemente bewerten können, Aussagen über ihre persönliche Besserung und Verbesserungsvorschläge machen können. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 26 Items. Die ersten 17 sind sechsstufig intervallskaliert von -3 („trifft gar nicht zu“) bis +3 („trifft sehr gut zu“). Dabei werden unterschiedliche Aspekte der grundsätzlichen Zufriedenheit mit der Gruppentherapie erfasst (z.B. *„Die CBASP-Gruppentherapie ist für mich hilfreich.“*) und die Meinung zu den einzelnen Therapieelementen erfragt (z.B. *„Ich denke, dass die Arbeit mit dem Kiesler Kreis sinnvoll ist.“*).

Zur besseren Auswertbarkeit werden die Skalenwert umkodiert (-3=0; -2 =1; -1=2; 1=3; 2=4; 3=5). Aus den erst 17 Items kann danach ein Summenscore berechnet werden, der zur Veranschaulichung der Zufriedenheit mit der CBASP-Gruppe herangezogen werden kann.

Die Items 18-21 erfassen auf Nominalskalen die Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Gruppentherapie (z.B. „Die Dauer jeder Gruppensitzung ist zu kurz/ optimal/ zu lang“). Die Items 22-26 werden anhand von Schulnoten bewertet (1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“). Hierbei wird der Patient aufgefordert, seine Therapiemotivation und sein Engagement sowie die gegenseitige Unterstützung in der Gruppe einzuschätzen. Zudem soll eine Gesamtnote für die CBASP-Gruppentherapie vergeben werden. Zum Abschluss werden drei offene Fragen gestellt, in denen beschrieben werden kann, was während der Therapie gelernt wurde und was insgesamt positiv und was negativ zu bewerten ist.

#### **4.5. Intervention**

Die Gruppentherapie CBASP DO!<sup>16</sup> ist eine Adaptation des *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) von James McCullough (2000) für den stationären Behandlungsrahmen und wurde 2008 zunächst in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg von Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier und Prof. Dr. Elisabeth Schramm implementiert. Mittlerweile wird die Gruppentherapie neben Freiburg in verschiedenen Therapiezentren deutschlandweit angeboten wie beispielsweise in Marburg, Lübeck, Hannover, Mannheim, München und Bevergern (vgl. <http://www.cbasp-network.org/>).

Die Therapie wurde ursprünglich von McCullough in den USA für die ambulante Einzeltherapie speziell für chronisch depressive Patienten entwickelt. Für das modifizierte stationäre Konzept, das in Freiburg entwickelt wurde, liegt seit 2009 ein Therapiemanual vor (Brakemeier & Schramm, 2009). 2009 konnte dieses Konzept auf Grundlage des neuen Manuals auch auf der Schwerpunktstation zur Behandlung von Depressionen in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Marburg eingeführt werden und gehört seitdem zum regulären Angebot. Die Gruppentherapie wird zweimal pro Woche à 90 Minuten von einem zertifizierten CBASP-Therapeuten durchgeführt und von in CBASP geschultem

---

<sup>16</sup> Der Titel „DO!“ geht auf das „desired outcome“ (dt.: erwünschtes Ergebnis) zurück, das in der Explorationsphase der Situationsanalyse formuliert wird. Gleichzeitig enthält DO! den Appell an Patienten, in der Gruppe aktiv zu werden und somit ihrem erwünschten Ergebnis näher zu kommen. Die Namensgebung stammt ursprünglich von Dr. Bernhard Weber (Frankfurt)



Pflegepersonal begleitet. Zusätzlich erhalten die meisten Patienten CBASP-Einzeltherapie. Dies ist laut Manual aber keine unbedingt notwendige Bedingung. Die Patientenanzahl der Gruppe sollte acht Personen nicht über- und vier nicht unterschreiten. Die wichtigsten Aspekte der CBASP-Gruppe DO! sind die Situationsanalysen sowie das Kieslerkreis-Training. (siehe auch Kapitel 2.3.2).

Vor der Teilnahme an der ersten Gruppensitzung werden den Patienten in Einzeltherapie die Ziele und Konzeption der CBASP-Gruppentherapie erläutert. Außerdem erfolgt auch im Vorfeld die Erarbeitung der Prägungen und Übertragungshypothesen (siehe Kapitel 2.3.2.), die für die therapeutische Beziehungsgestaltung und die Erkennung möglicher schwieriger Situationen auch für die Gruppentherapie von großer Wichtigkeit sind. Ist dieser Schritt abgeschlossen folgt die erste Gruppenteilnahme.

Der grundsätzliche Ablauf der Gruppentherapiesitzungen gestaltet sich dann wie folgt:

Jede Sitzung beginnt mit einer Startrunde, in der die Patienten die Gelegenheit bekommen, ihre derzeitige Stimmung sowie ihre Motivation für die Therapieeinheit und ihre Bereitschaft, sich einzubringen, darlegen können. Darüber hinaus werden die Patienten dazu angehalten zu reflektieren, inwieweit sie bereits erlernte CBASP-Inhalte seit der letzten Sitzung im Alltag anwenden konnten. Wenn angebracht, werden die Inhalte der letzten Sitzung wiederholt. Im Anschluss besteht die Möglichkeit, ein persönliches Thema oder eine Situation in die Gruppe einzubringen und die Patienten sollen festlegen, was dabei ihr „desired outcome „(DO) für die Gruppensitzung ist.

Wenn neue Patienten zur Gruppe dazustoßen, wird an dieser Stelle erneut kurz das Therapiekonzept erläutert und unter Einbeziehung der Gruppe die Gruppenregeln erarbeitet.

Die Hauptkomponenten der Gruppentherapie sind dann die CBASP-Techniken *Situationsanalyse (SA)* und *Kiesler Kreis Training (KK-Training)*, die bereits im Kapitel 2.3.2. beschrieben wurden.

Die Besonderheiten und Vorteile des Gruppensettings sind hierbei im Bezug auf die SA, dass alle Gruppenmitglieder durch die gemeinsame Erarbeitung der Situationsanalysen an den einzelnen Schritten der Lösungsfindung mitarbeiten können, sich gegenseitig unterstützen bei Formulierungen und durch die häufige Praxis der Realitätsüberprüfung auch bei Analysen anderer für Ihr eigenes Verhalten dazulernen können. Den größten Vorteil bietet das Gruppensetting allerdings im Bezug auf den

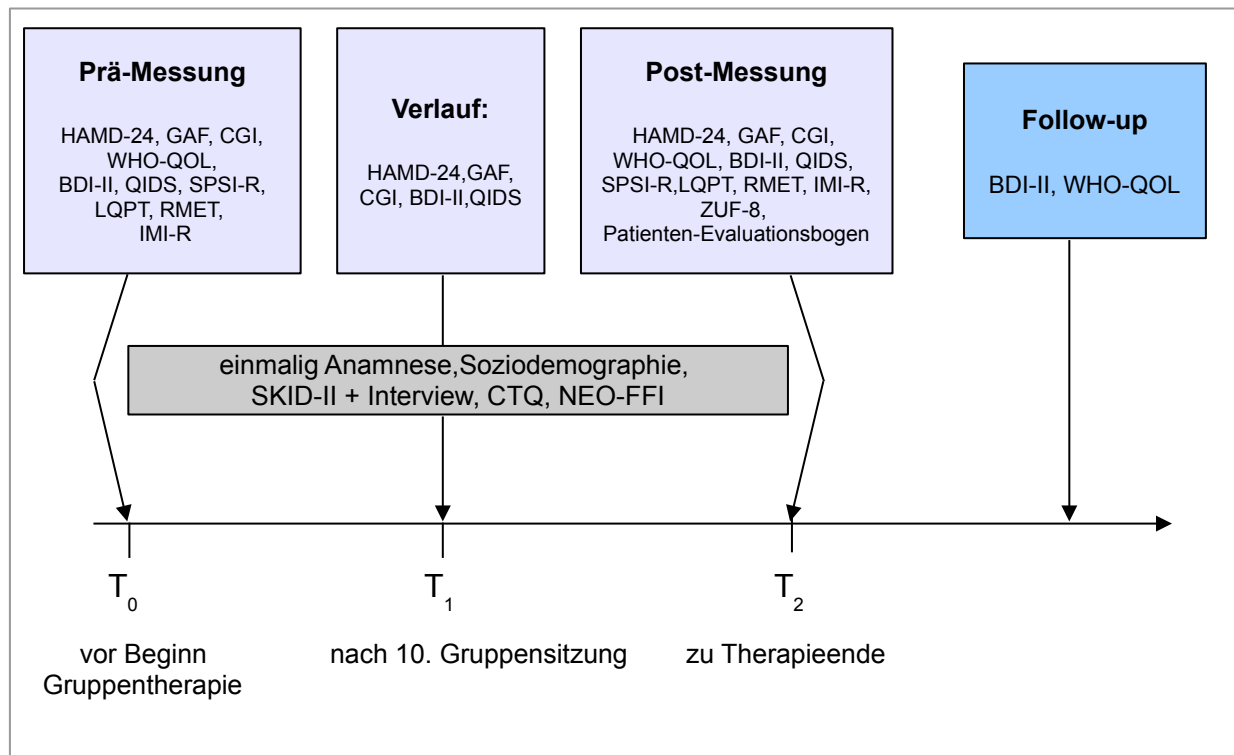
zweiten Schritt der Lösungsphase: Sind das erwünschte Ergebnis und alternative Verhaltensweisen erarbeitet worden, kann die Situation mit neuem, zielführendem Verlauf im Rollenspiel geübt werden. Die Gruppenmitglieder werden dabei angehalten, in die Rolle des Gegenübers aber auch in die Rolle des SA-Patienten selbst zu schlüpfen. Durch „shaping“ kann die Situation so lange modifiziert werden, bis sie allen Akteuren und Zuschauern als gelungen und überzeugend erscheint. Dabei können die Außenstehenden behilflich sein und unterstützend den „Schlachtruf“ zuflüstern.

Im zweiten Element, dem Kiesler Kreis Training, sollen die Patienten lernen, ihr eigenes Interaktionsverhalten/ ihren Beziehungsstil selbst besser einschätzen zu können. Auch hierfür eignet sich das Gruppensetting besonders, da die Patienten direkte Rückmeldung von der Gruppe über die Wirkung ihres Verhaltens bekommen können. Zusätzlich können die einzelnen Gruppenteilnehmer durch die Beurteilung anderer sensibilisiert werden für die Wirkung des eigenen Auftretens. Ziel ist dabei auch, die verschiedenen Möglichkeiten des eigenen Agierens zu begreifen und das Gefühl zurückzuerlangen, durch eine Verhaltensänderung die Ausgangslage einer Kommunikation verändern zu können, also das Gegenüber im Sinne der Komplementaritätsannahmen des Kieslerkreises in eine andere Haltung zu bringen. Auch dies gelingt besonders gut durch direkte Rückmeldung aus der Gruppe.

Im letzten Abschnitt der Gruppensitzung findet eine Abschlussrunde statt. Jeder Teilnehmer wird dazu angehalten, zu formulieren, was er persönlich aus der stattgefundenen Sitzung gelernt hat und inwiefern er das Gelernte auf künftige Situationen anwenden kann. Jeder Gruppenteilnehmer wird mit Unterstützung des Therapeuten zur Formulierung einer individuellen Take-home-message hingeführt.

#### **4.6. Durchführung und Messzeitpunkte**

Einen Überblick über die Messzeitpunkte und den Studienablauf zeigt die nachfolgende Abbildung 6. Die Untersuchung beinhaltet vier Erhebungszeitpunkte: eine Prä-Messung (T0) in den ersten zwei Wochen des stationären Aufenthaltes, eine Verlaufsuntersuchung nach der 10. - 12. Gruppensitzung (T1), eine Post-Messung bei Entlassung nach Beendigung der stationären Therapie (T2) sowie eine Follow-up-Untersuchung drei Monate nach Beendigung des stationären Aufenthaltes. Der Umfang der jeweiligen Untersuchung wird im Folgenden präzisiert.



**Abbildung 6:** Schematische Darstellung des Studienablaufs

Nach Informations- und Aufklärungsgespräch über die Studieninhalte erfolgt nach Klärung aller Fragen die Unterzeichnung der Einverständniserklärung. Im Anschluss folgt innerhalb der ersten zwei Wochen vor der ersten Gruppenteilnahme dann in der Prä-Messung ( $T_0$ ) die Erhebung der bisherigen Krankengeschichte anhand der „Patientendokumentation zur CBASP-Gruppenstudie DO!“, der die Ein- und Ausschlusskriterien nochmals überprüft. Der von der Freiburger Arbeitsgruppe entwickelte Dokumentationsbogen (s. Anhang S178) erfasst dabei Alter, Geschlecht, Umstände der aktuellen Lebenssituation, den Bildungsstand, nähere Angaben zur depressiven Symptomatik, Informationen zu vorhergegangenen Behandlungen und zur aktuellen (CBASP-)Behandlung aus den Angaben der behandelnden Ärzte und Therapeuten. Darüber hinaus gibt der Bogen die Möglichkeit, Besonderheiten bezüglich des Patienten oder des Therapieverlaufs zu dokumentieren. In der ersten Erhebungssitzung werden dann die Symptomschwere durch HAMD-24 und GAF erfasst. Im Anschluss an die Sitzung erhält der Patient die Selbstbeurteilungsbögen zum selbstständigen Ausfüllen (BDI-II und QIDS-SR-16, WHOQOL-BREF/SF-36, LQPT, RMET und SPSI-R)

Zur Messung des Stimuluscharakters wird vor Beginn der ersten Teilnahme an der Gruppentherapie vom jeweiligen Einzeltherapeuten der IMI-R ausgefüllt.

Einmalig im Verlauf werden zudem frühe Traumatisierungen durch den CTQ und mögliche Persönlichkeitsstörungen durch den SKID-II-Fragebogen sowie das zuge-

hörige Interview erfasst. Die Messzeitpunkte dieser Erhebungen werden nicht genau definiert, weil davon ausgegangen wird, dass es sich bei Traumatisierungen (CTQ) und Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) um überdauernde Konstrukte handelt.

Es folgt eine Verlaufsmessung (T1) nach der 10. Gruppensitzung im Zeitraum von 4-6 Wochen nach Prä-Messung. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt lediglich die Erfassung der depressiven Symptomatik und der Behandlungsfortschritte anhand von HAMD und GAF sowie BDI II und QIDS.

Die Post-Messung T2 erfolgt schließlich zum Therapieende in der Regel 10 bis 12 Wochen nach Prä-Messung. Um Veränderungen im Verlaufe der Therapie messbar zu machen, erfolgt die Erhebung mit den bekannten Instrumenten zur Erfassung der depressiven Symptomatik und des Behandlungsfortschritts sowie der Lebensqualität. Zusätzlich zur Erfassung CBASP-spezifischer Erfolge werden erneut LQPT, SPSI-R, RMET und IMI-R ausgeteilt.

Zu diesem Zeitpunkt erfolgt auch die Bewertung der Zufriedenheit mit der Behandlung im Allgemeinen (ZUF-8) sowie speziell mit der Gruppentherapie DO! hinsichtlich wichtiger inhaltlicher und formaler Aspekten anhand des CBASP-Gruppen-evaluationsbogens.

Die Follow-up-Messung drei Monate nach Therapieende überprüft die Rückfallwahrscheinlichkeit anhand einer Nachbefragung. Dies wird durch einen selbstentworfenen Bogen (siehe Anhang S. 204) abgefragt. Außerdem erfolgt die erneute Erfassung von Depressivität (BDI-II) und Lebensqualität (WHO-QOL-BREF). Die Bögen werden per Post versendet und von den Patienten an die Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg zurückgesendet. Bleibt die Antwort aus oder bestehen Rückfragen, werden die Patienten telefonisch kontaktiert und befragt.

#### **4.7. Auswertung**

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe der Programme SPSS (IBM SPSS Statistics Version 20) und Open Office Calculate (Version 4.1.0.).

Alle Subskalen, die sich bei vielen der verwendeten Fragebögen berechnen lassen, wurden mit Hilfe einer Auswertungssyntax ermittelt.

Für die Stichprobenbeschreibung, die Beschreibung der medikamentösen Begleittherapien, die Ermittlung von Mittelwerten und Standardabweichungen der Para-

meter zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten und die Auswertung der einmalig erhobenen Informationen aus CTQ, SKID-II und NEO-FFI wurden deskriptive Statistiken eingesetzt.

Ebenso wurden die Patientenzufriedenheit (gemessen anhand des ZUF-8 und des Patientenevaluationsbogens für die CBASP-Gruppe) rein deskriptiv ausgewertet.

Prä- und Post-Analysen wurden unter der Annahme einer Normalverteilung für stetige Fragebogendaten wie HAMD, GAF, CGI, BDI, QIDS, WHOqol-BREF sowie die spezifischen Parameter, die zu den Messzeitpunkten T0 und T2 erhoben wurden, als ANOVA im Messwiederholungsdesign mit Faktor Messzeitpunkt durchgeführt und für multiples Testen korrigiert.

Um einen möglichen Einfluss von Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen auf das Therapieoutcome zu ermitteln, wurden Semipartialkorrelationen mit HAMD und BDI-Werten zu T<sub>2</sub> und BDI-Summenscores der Follow-up-Untersuchung durchgeführt und deren Werte von T<sub>0</sub> als Kontrollvariable eingesetzt.

Die Auswertung des Zufriedenheitsbogens sowie der Patientenevaluation der CBASP-Gruppe DO! erfolgte rein deskriptiv mit der Fragestellung, wie hilfreich die Gruppentherapie im Nachhinein von den Patienten eingeschätzt wird.

Um Aussagen darüber machen zu können, inwieweit Veränderungen der Scores von SPSI-R, LQPT, RMET und IMI-R als Vorhersagewerte für die Therapieresponse (Reduktion der depressiven Symptomatik im HAM-D) herangezogen werden können, wurden Regressionsanalysen mit Depressivität und Lebensqualität bei der Follow-up-Messung als Zielparameter berechnet.

Mit allen als mögliche Einflussgröße angenommenen Variablen (LQPT, RMET, Unter-skalen von IMI-R und SPSI-R) wurden hierarchische schrittweise Regressionsanalysen mit den abhängigen Variablen HAMD, BDI und WHOQOL-BREF durchgeführt. Da die in den Einzelregressionen ermittelten Prädiktoren in der Regel nicht unabhängig voneinander sind in dem Sinne, dass Anteile der Varianz von mehreren Parametern gleichzeitig erklärt werden können, bedarf es eines Verfahrens zur Klärung der Frage, welche Parameter die besten Prädiktoreigenschaften besitzen und welcher Anteil der Varianzaufklärung jeweils erreicht werden kann. Die hierarchische schrittweise Regressionsanalyse bietet dabei die Möglichkeit, die verschiedenen Prädiktorvariablen nacheinander in Blöcken in das Regressionsmodell aufzunehmen. Auf diese Weise kann die Stärke der Varianzaufklärung besser beurteilt werden. Faktoren, die über das durch eine Variable erklärte Maß an Varianz keine weitere Aufklärung leisten, fallen aus dem Modell heraus. Durch die zuvor in

Einzelregressionen ermittelte Stärke der Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren und Zielvariablen konnte eine Rangfolge erstellt werden, in welcher diese in das Modell einbezogen wurden.

Auch für die Varianzanalysen, Untersuchung auf Korrelationen sowie die Regressionsanalysen kam eine selbsterstellte Auswertungssyntax zum Einsatz.

## 5. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung der Studiendaten geschildert. Zunächst erfolgt die Beschreibung der untersuchten Stichprobe, gefolgt von den Ergebnissen der Frage nach Wirksamkeit und Durchführbarkeit der CBASP-Gruppentherapie. Im Anschluss wird dargelegt, inwieweit sich die spezifischen Parameter zwischen den Messzeitpunkten veränderten.

Das letzte Kapitel widmet sich der Frage, welche Variablen als Prädiktoren für das Therapieoutcome verwendet werden können.

### 5.1. Stichprobenbeschreibung

Die Daten der vorliegenden Studie wurden an 23 Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf der Schwerpunktstation für Depression in den Jahren 2013 und 2014 erhoben, die an der CBASP-Gruppentherapie DO! teilgenommen haben. Drei Patienten wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, da entweder das Einschlusskriterium der regelmäßigen Gruppenteilnahme nicht erfüllt wurde oder sich im Laufe der Therapie eine andere Diagnose als psychopathologisch führend erwies. Insofern gingen die Daten von 20 Patienten in die Auswertung ein.

#### 5.1.1. Soziodemographische Merkmale der Patientenstichprobe

Die Patientenstichprobe setzt sich aus 12 weiblichen und 8 männlichen Patienten zusammen. Das durchschnittliche Alter betrug zum Zeitpunkt der Erhebung 42,15 Jahre mit einer breiten Streuung von 23 bis 62 Jahren ( $SD = 12.504$ ).

9 Patienten (45 %) gaben zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes an, nicht berufstätig zu sein.

9 (45%) lebten in einer Ehe oder einem eheähnlichen Verhältnis, 5 waren verwitwet und 6 alleinstehend.

In der Stichprobe waren alle Schul- und Berufsabschlüsse vertreten, wobei jeweils 8 (40%) die Mittlere Reife oder Fachhochschulreife/Abitur als höchsten Schulabschluss angaben; die größte Gruppe der Patienten (45%) gab eine Lehre bzw. eine Ausbildung als höchsten erreichten Abschluss an. Insgesamt erreichte die Gruppe eine durchschnittliche Anzahl erhaltener Bildungsjahre von 13.65 ( $SD = 2.75$ ).

Weitere Details bezüglich der demographischen Daten sind Tabelle 6 zu entnehmen.

**Tabelle 6: Soziodemographische Merkmale der Patientenstichprobe**

		Patienten (N = 20)
Alter in Jahren, M (SD)		42.15 (12.504)
Geschlecht	weiblich	12 (60 %)
	männlich	8 (40 %)
Berufstätigkeit		11 (55%)
Ausbildungsstand		
Anzahl Bildungsjahre		13.65 (2.75)
Schulabschluss		
- keiner		1 (5%)
- Hauptschule		3 (15%)
- Mittlere Reife		8 (40%)
- (Fach-)Hochschulreife/Abitur		8 (40%)
Berufsabschluss		
- keiner		5 (25%)
- Lehre		9 (45%)
- Meisterschule		3 (15%)
- (Fach-)Hochschule		3 (15%)
Familienstand	ledig	6 (30%)
	verheiratet/eheähnliches Verhältnis	9 (45%)
	geschieden/getrennt lebend/ verwitwet	5 (25%)

*Anmerkungen.* Soweit nicht anders angegeben beziehen sich die Angaben auf Häufigkeiten und Prozentwerte; *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung

### 5.1.2. Klinische Merkmale der Patientenstichprobe

Die klinischen Diagnosen wurden gemäß der zum Erhebungszeitpunkt gültigen Kriterien nach DSM-IV erfasst. Dabei erfüllten 6 Patienten (30%) die Kriterien für eine chronische Depression über mindestens 2 Jahre, einer eine rezidivierende Major Depression mit unvollständiger Remission zwischen den Episoden. Bei allen übrigen 13 Patienten (65%) wurde eine Double Depression diagnostiziert. Nach den Kriterien des ICD 10 wurde der Schweregrad der aktuellen depressiven Episode bei 13 Patienten (65%) als schwer und bei den restlichen 7 als mittelgradig bewertet.

Die Dauer der aktuellen depressiven Episode lag im Mittel bei 85 Monaten, auch hier zeigte sich eine große Bandbreite von 24 Monaten bis 360 Monaten (*SD* = 88.9021). Die Mehrzahl der Patienten (70%) berichtet von einem Auftreten der ersten depressiven Symptomatik bereits vor dem 21. Lebensjahr (*early onset*).

Nach den Kriterien für Therapieresistenz von Rush und Thase (1997) konnten insgesamt 14 Patienten (70 %) als aktuell therapieresistent gewertet werden, davon



3 rein medikamentös, 3 rein psychotherapeutisch und 8 kombiniert medikamentös und psychotherapeutisch.

Die Dauer des stationären Aufenthaltes betrug im Mittel 86.2 Tage, die Patienten nahmen durchschnittlich an 19.1 Gruppentherapiesitzungen teil und erhielten in 80% der Fälle zusätzlich CBASP-Einzeltherapie.

Für weitere Details bezüglich der klinischen Merkmale der Patienten und deren stationären Aufenthalt ist die untenstehende Tabelle 7 heranzuziehen.

**Tabelle 7:** Klinische Merkmale der Patientenstichprobe

		Patienten (N = 20)
Diagnose (nach DSM-IV-TR)	Rezidivierende Major Depression mit unvollständiger Remission (296.3x)	1 (5%)
	Double Depression (300.4 + 296.2x)	13 (65%)
	chronische Depression über mindestens 2 Jahre	6 (30%)
Erstes Auftreten der chronischen Depression	vor dem 21. Lebensjahr	14 (70%)
	nach dem 21. Lebensjahr	6 (30%)
Dauer der aktuellen depressiven Episode (in Monaten), M (SD)		85 (88.9021)
Schweregrad der aktuellen depressiven Episode	mittelgradige Episode	7 (35%)
	schwere Episode	13 (65%)
Bisherige Episoden, M (SD)		1.95 (1.356)
Therapieresistenz <sup>a</sup>	medikamentös (isoliert)	3 (15%)
	psychotherapeutisch (isoliert)	3 (15%)
	medikamentös + psychotherapeutisch	8 (40%)
Stationäre Voraufenthalte, M (SD)		1.45 (2.064)
Stationäre Aufenthaltsdauer, in Tagen, M (SD)		86.2 (33.698)
CBASP-Therapieerfahrung	Anzahl Sitzungen der CBASP-Gruppe DO! während des gesamten stationären Aufenthaltes, M (SD)	19.1 (8.239)
	zusätzl. Einzeltherapie CBASP	16 (80%)
	Einzeltherapie CBASP Dosis, M (SD)	21.5 (18.086)

*Anmerkungen.* Soweit nicht anders angegeben beziehen sich die Angaben auf Häufigkeiten und Prozentwerte; M Mittelwert, SD Standardabweichung

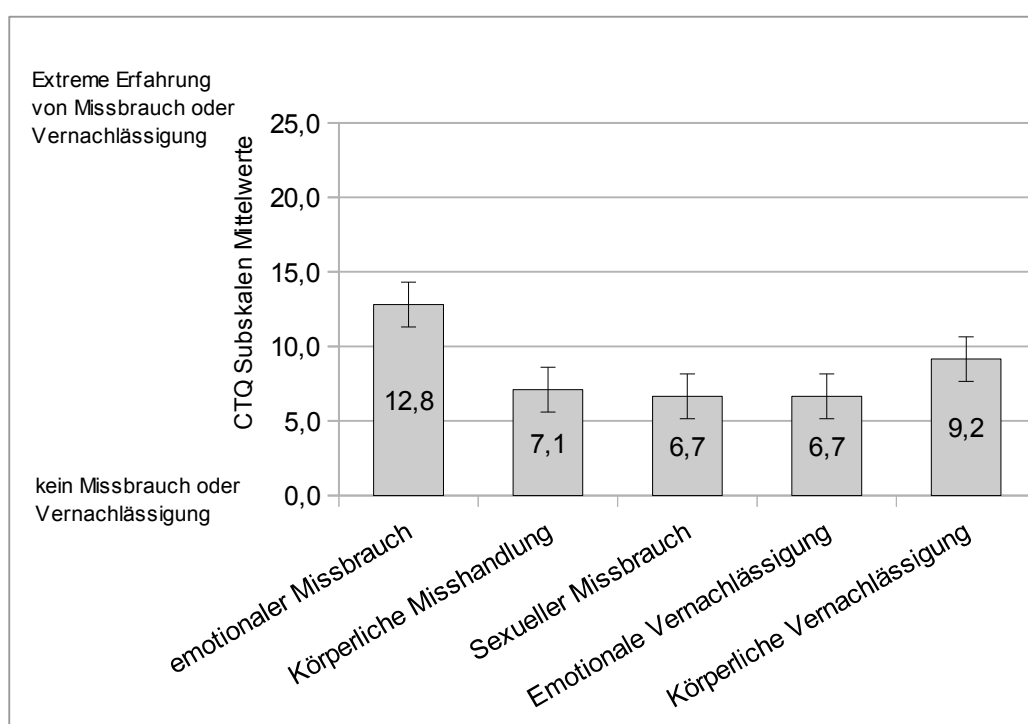
<sup>a</sup>Fehlendes Ansprechen auf Behandlung durch mindestens zwei Antidepressiva verschiedener Wirkklassen (analog zwei Psychotherapien verschiedener Verfahrensrichtungen) in jeweils adäquater Dosis und Dauer (Rush, A.J. & Thase, M.E., 1997).

### 5.1.3. Traumatisierungen, Persönlichkeitsmerkmale und -störungen

Das Ausmaß der Traumatisierungen gemessen an den Werten des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ist in Abbildung 7 dargestellt.

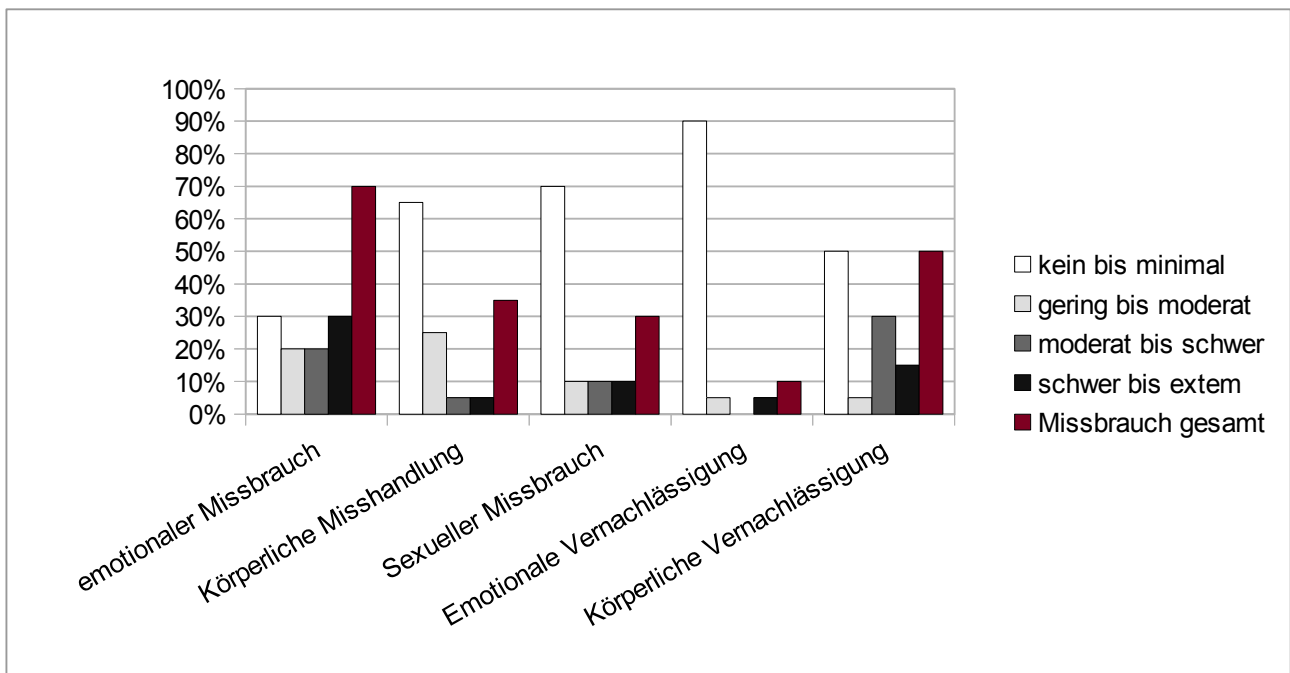
Die höchsten Scores und damit die ausgeprägtesten Traumatisierungserfahrungen zeigten sich im Bereich „emotionaler Missbrauch“, gefolgt von der Kategorie „körperliche Vernachlässigung“.

Der Gesamtwert des CTQ betrug im Mittel 65,6 Punkte, wofür allerdings kein validierter Bewertungsmaßstab existiert, und der Wert deshalb bei einer möglichen Scorespanne von 25 bis 125 Punkten nur zu deskriptiven Zwecken herangezogen werden kann (Gast et al., 2001).



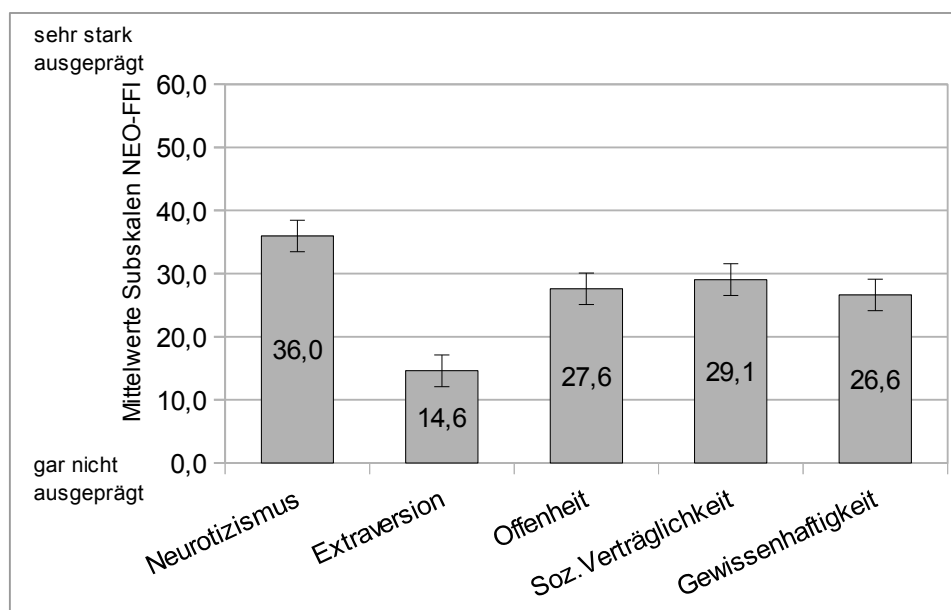
**Abbildung 7:** Mittelwerte der Traumatisierungssubskalen des CTQ

Insgesamt zeigte sich bei 75 % (15/20) der Patienten eine mindestens leichte bis moderate Traumatisierungserfahrung. Darunter gaben 70% der Patienten Erfahrungen mit emotionalem Missbrauch an; insgesamt hatten laut ihrer Angaben 35% der Patienten emotionalen Missbrauch schweren Ausmaßes erlebt. 50% berichteten von Erfahrungen mit körperlicher Vernachlässigung (Vergleiche Abbildung 8). Über alle Kategorien gesehen gaben 40% schwere Missbrauchserfahrungen in einem oder mehreren Bereichen an.



**Abbildung 8:** Traumatisierungserfahrungen laut CTQ nach Schweregrad

Die Ausprägungen in den fünf Persönlichkeitsdimensionen des Neo-FFI Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, soziale Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit sind in Abbildung 9 dargestellt. Die stärkste Ausprägung zeigen die Patienten in der Kategorie Neurotizismus mit einem durchschnittlichen Wert von 36.0 bei einem Höchstscore von 60 Punkten. Auffällig ist zudem die schwache Ausprägung im Bereich Extraversion mit 14.6 Punkten im Durchschnitt.

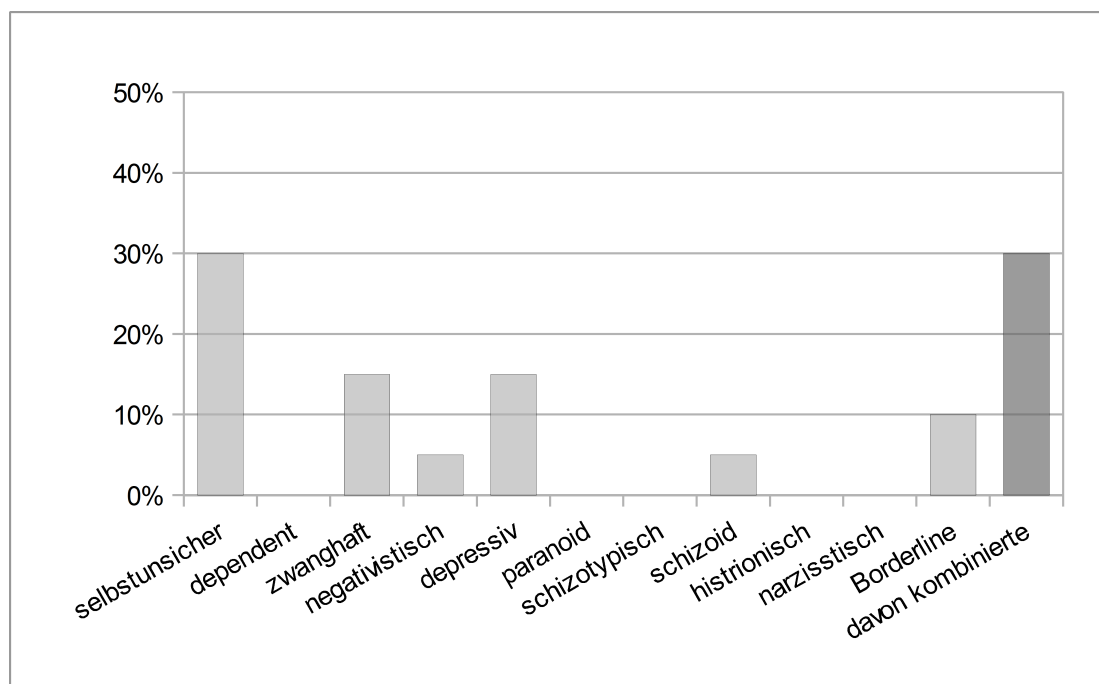


**Abbildung 9:** Ausbildungsstärke der Dimensionen des NEO-FFI, Mittelwerte

Insgesamt erfüllten 70% der Patienten die SKID II-Kriterien für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen (nach SKID-II Interview). Am häufigsten waren die Kriterien für eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung erfüllt, was bei 30% der Patienten der Fall war. An zweiter Stelle folgten zwanghafte und die depressive Persönlichkeitsausprägungen mit jeweils 15%.

30% der Patienten erfüllten die SKID-II-Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung.

Abbildung 10 zeigt die Häufigkeiten der Kriterienerfüllung aller Persönlichkeitsstörungen, die im SKID-II Interview erfasst wurden.<sup>17</sup>



**Abbildung 10:** Anteil Patienten, die die SKID II-Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllten (in Prozent)

#### 5.1.4. Medikamentöse Begleittherapie

Da es sich bei der beschriebenen Stichprobe um eine schwer depressive Patientengruppe handelte, war es nötig, die Patienten neben der psychotherapeutischen Behandlung zusätzlich pharmakologisch zu therapieren. Zur stationären Aufnahme kamen 70% der Patienten mit einer medikamentösen Vorthherapie.

Eine Übersicht über die erhaltene medikamentöse Therapie bietet Tabelle 8.

<sup>17</sup> Die Tendenz einer aktuellen Antisozialen PS lässt sich aus dem SKID-II-Fragebogen nicht ableiten, da sich die Fragen dort nur auf die Tendenz einer Antisozialen PS im Kindes- und Jugendalter beziehen. Die Kategorie wurde dementsprechend nicht in die Auswertung aufgenommen.

**Tabelle 8: Begleitende Medikamentöse Therapie**

Medikation bei Aufnahme		Medikation bei Entlassung	
keine	6 (30%)	keine	2 (10%)
SSRI	3 (15%)	SSRI	3 (15%)
SNRI	1 (5%)	SSNRI	3 (15%)
SSNRI	2 (10%)	SDNRI	1 (5%)
SDNRI	1 (5%)	TZA	1 (5%)
TZA	1 (5%)		
NaSSA	2 (10%)		
atyp. NL	1 (5%)		
Kombination	3 (15%)	Kombination	10 (50%)
2 AD	1	2 AD	3
2 AD + atyp. NL	1	AD + atyp. NL	2
MAO-H. + atyp. NL	1	2 AD + atyp. NL	2
		2 AD + Agomelatin	1
		AD + Lithium + atyp. NL	2
Anzahl Medikationswechsel	M (SD)		1.5 (1.318)
	kein Wechsel		4 (20 %)
	1 Wechsel		9 (45%)
	2 Wechsel		3 (15%)
	3 Wechsel		1 (5%)
	4 Wechsel		3 (15%)
Benzodiazepine im Verlauf	ja		2 (10%)
	nein		18 (90%)
Augmentation	Keine		14 (70%)
	Lithium		2 (10%)
	atyp. NL		6 (30%)

Anmerkungen: *M* Mittelwert *SD* Standardabweichung *SSRI* Selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer *SNRI* Selektiver Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer *SSNRI* Selektiver Serotonin Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer *SDNRI* Selektiver Dopamin Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer *TZA* Trizyklikum *NaSSA* Noradrenerges und Spezifisches Serotonerges Antidepressivum (z.B. Mirtazapin) *atyp. NL* atypisches Neuroleptikum, *MAO-H* MAO-Hemmer *AD* Antidepressivum

## 5.2. Wirksamkeit

Die Wirksamkeit wurde im Hinblick auf die Veränderung von Depressivität in Fremd- und Selbstbeurteilung sowie der Lebensqualität zu mehreren Messzeitpunkten untersucht. Zusätzlich wurde die Langzeitwirkung bzw. die Rückfallrate durch die Auswertung von Selbstbeurteilung der Depressivität und Lebensqualität 3 Monate nach Therapieende beurteilt.

### 5.2.1. Veränderung der Depressivität und des Funktionsniveaus im Verlauf der Gruppentherapie

Die Veränderung der Depressivität wurde durch den Vergleich der  $T_0$ -,  $T_1$ - und  $T_2$ -Werte des HAMD-24 in der Fremdbeurteilung und die Werte von BDI-II und QIDS-SR-16 als Selbstbeurteilungsmaße untersucht (siehe Tabelle 9 und Abbildung 11). Zum Einsatz kamen hierfür Varianzanalysen (ANOVAs) im Messwiederholungsdesign, die nach Bonferroni für multiples Testen korrigiert wurden.

Die Analyse des Fremdbeurteilungsmaßes HAMD-24 zeigte eine hochsignifikante Veränderung der Werte im Prä-/Post-Vergleich ( $T_0/T_2$ ;  $p < .001$ ). Die Werte der Prä-Messung ( $M = 29.55$ ;  $SD = 6.15$ ) waren dabei höher als die der Post-Messung ( $M = 11.30$ ;  $SD = 7.02$ ). Auch die Werte der Zwischenerhebung ( $T_1$ ) unterschieden sich hochsignifikant ( $p < .001$ ) sowohl von der Prä- also auch der Post-Messung ( $M = 15.95$ ;  $SD = 6.92$ ). Die Effektstärke nach Cohen lag für die Veränderung der Werte von Prä- nach Post-Messung bei 2.84, was für einen großen Effekt spricht, der ab einem Wert von 0.8 angenommen werden kann (Cohen, 2009).

Nach den Remissionskriterien für den HAMD, die eine Remission ab einem Score unter 10 Punkten annehmen (Zimmerman et al., 2004), erreichten zum Zeitpunkt  $T_2$  60% (12 von 20) der Patienten eine Remission. Kriterien für eine Therapieresponse konnte bei 70% (14 von 20) der Patienten beobachtet werden.

Für die Maße zur Selbstbeurteilung BDI-II und QIDS-SR-16 zeigte sich ein ähnliches Bild. Die Werte des BDI-II nahmen über die Dauer der Therapie ab. Die Werte der Prä-Messung ( $M = 33.20$ ;  $SD = 10.41$ ) unterschieden sich hochsignifikant sowohl von denjenigen zum Zeitpunkt der Post-Messung ( $M = 19.00$ ;  $SD = 12.70$ ) als auch von denen bei  $T_1$  ( $M = 15.95$ ;  $SD = 13.75$ ). Die Abnahme von  $T_1$  zur Post-Messung verfehlte mit  $p = .066$  knapp das Signifikanzniveau von  $p < .05$ . Es zeigte sich für den Prä/Post-Vergleich ebenfalls ein großer Effekt mit  $d = 1.46$  nach Cohen. Bei einer angenommenen Remission ab einem Punktwert  $\leq 13$  erreichten 12 Patienten (60 %) das Remissionskriterium. Bei 65 % konnte eine Response beobachtet werden.

Mit den Werten des QIDS-SR-16 verhält es sich genauso. Sie zeigten über die Dauer der Therapie eine hochsignifikante Abnahme ( $T_0$ :  $M = 17.70$ ,  $SD = 4.26$ ;  $T_1$ :  $M = 11.05$ ,  $SD = 6.01$ ;  $T_2$ :  $M = 9.50$ ,  $SD = 6.66$ ). Dabei unterschieden sich die Werte von  $T_1$  und  $T_2$  hochsignifikant von  $T_0$  ( $p < .001$ ). Bezüglich der Abnahme von  $T_1$  zu  $T_2$  konnte kein Signifikanzniveau erreicht werden.

Die Effektstärke lag hierbei für die Prä/Post-Abnahme bei  $d = 1.5$ .

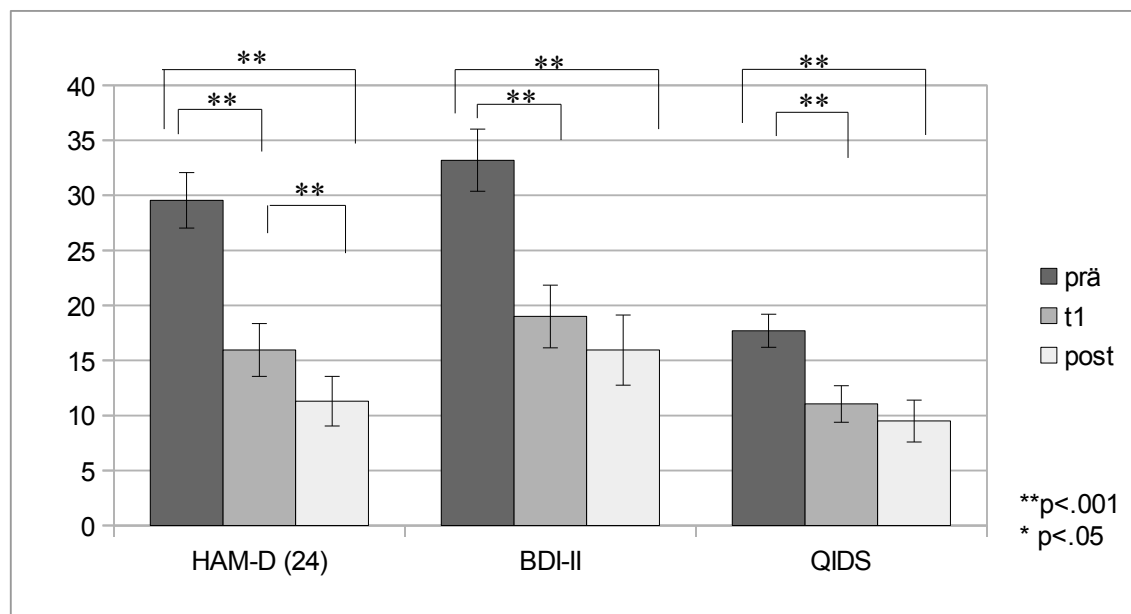
Bei dem festgelegten Remissionskriterium von  $\leq 5$  Punkten konnte lediglich bei 40 % eine Remission beobachtet werden. Eine Response im Sinne einer Reduktion des

Ausgangswertes um 50% zeigten allerdings auch im Bezug auf die Werte des QIDS-SR-16 65% der Patienten.

**Tabelle 9:** Vergleich der Depressivität gemessen an HAMD-24, BDI-II und QIDS-SR-16

	N	T <sub>0</sub> - Messung M (SD)	T <sub>1</sub> - Messung M (SD)	T <sub>2</sub> - Messung M (SD)	T <sub>0</sub> /T <sub>2</sub>	p (Sign.) T <sub>0</sub> /T <sub>1</sub>	T <sub>1</sub> /T <sub>2</sub>	d (T <sub>0</sub> /T <sub>2</sub> )
HAMD-24	20	29.55 (6.15)	15.95 (6.92)	11.30 (7.02)	<.001	<.001	<.001	2.84
BDI-II	20	33.20 (10.41)	19.00 (12.70)	15.95 (13.57)	<.001	<.001	.066	1.46
QIDS-SR-16	20	17.70 (4.26)	11.05 (6.01)	9.50 (6.66)	<.001	<.001	.249	1.5

Anmerkungen: M Mittelwert, SD Standardabweichung, p Signifikanzniveau, d Effektstärke nach Cohen für den Unterschied von T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>



**Abbildung 11:** Graphische Darstellung der Veränderung der Depressivität von T<sub>0</sub> (prä) bis T<sub>2</sub> (post) gemessen an HAMD, BDI und QIDS

Das allgemeine Funktionsniveau wurde mit der Fremdbeurteilungsskala *Global Assessment of Functioning* (GAF) im Vergleich der Zeitpunkte T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> ausgewertet, ebenfalls als Varianzanalyse im Messwiederholungsdesign (siehe Tabelle 10 und Abbildung 12).

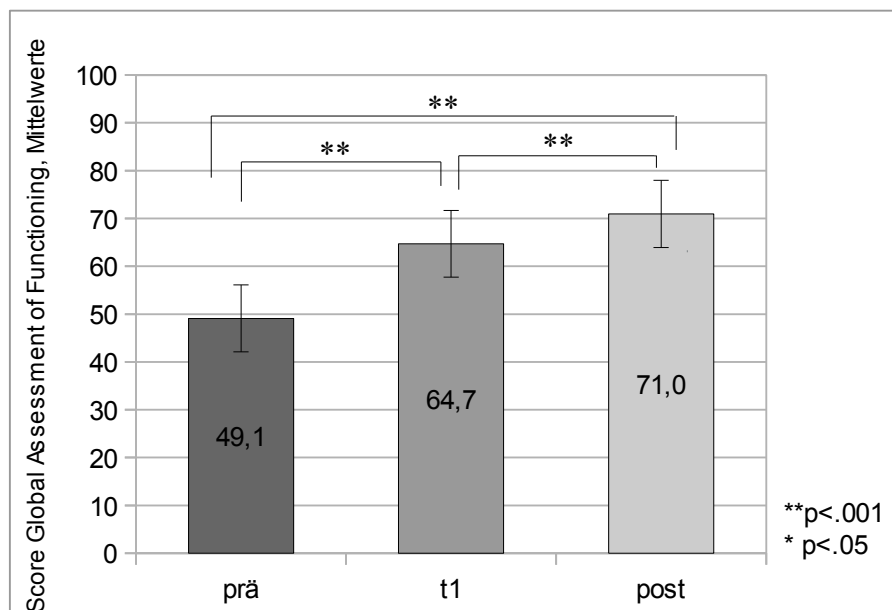
Hierbei zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen allen drei Messzeitpunkten (p < .001 zwischen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> verglichen mit T<sub>0</sub> und p = .001 zwischen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub>). Die Werte nahmen über die Zeit zu. Bei der Eingangsuntersuchung zeigte

sich ein durchschnittlicher Wert von 48.38 ( $SD = 10.35$ ). Dieser Punktwert ist im Bereich „Ernste Symptome [...] ODER starke Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit“ angesiedelt. Zum Zeitpunkt der T<sub>1</sub>-Untersuchung lag der durchschnittliche Wert bei 64.7 ( $SD = 8.17$ ). Bei der Abschlussuntersuchung konnte ein durchschnittlicher Wert von 70.95 erreicht werden, der nur noch geringe oder vorübergehende Einschränkungen anzeigt. Bei einem Cut-off Wert von  $\geq 70$ , ab dem ein nicht mehr pathologisches Funktionsniveau angenommen wird (Lange & Heuft, 2002), erreichten 75% (15 von 20) der Patienten zum Zeitpunkt T<sub>2</sub> ein (niedrig-) normales Funktionsniveau. Die Effektstärke für die Verbesserung des Funktionsniveaus im Zeitraum zwischen Prä- und Post-Messung lag bei  $d = 2.81$  nach Cohen und zeigte hiermit einen großen Effekt.

**Tabelle 10:** Vergleich des Funktionsniveau über die Messzeitpunkte

	N	T <sub>0</sub> - Messung M (SD)	T <sub>1</sub> - Messung M (SD)	T <sub>2</sub> - Messung M (SD)	T <sub>0</sub> /T <sub>2</sub>	p (Sign.) T <sub>0</sub> /T <sub>1</sub>	T <sub>1</sub> /T <sub>2</sub>	d (T <sub>0</sub> /T <sub>2</sub> )
GAF	20	48.38 (8.80)	64.70 (8.17)	70.95 (7.66)	<.001	<.001	<.001	2.81

Anmerkungen: M Mittelwert, SD Standardabweichung, p Signifikanzniveau, d Effektstärke nach Cohen für den Unterschied von T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>



**Abbildung 12:** Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte des GAF

Die allgemeine Erkrankungsschwere, die Veränderung des klinischen Zustandes sowie die Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Therapie wurden mit der *Clinical Global Impression Scale* (CGI) zu den Zeitpunkten T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> erhoben. Da zum



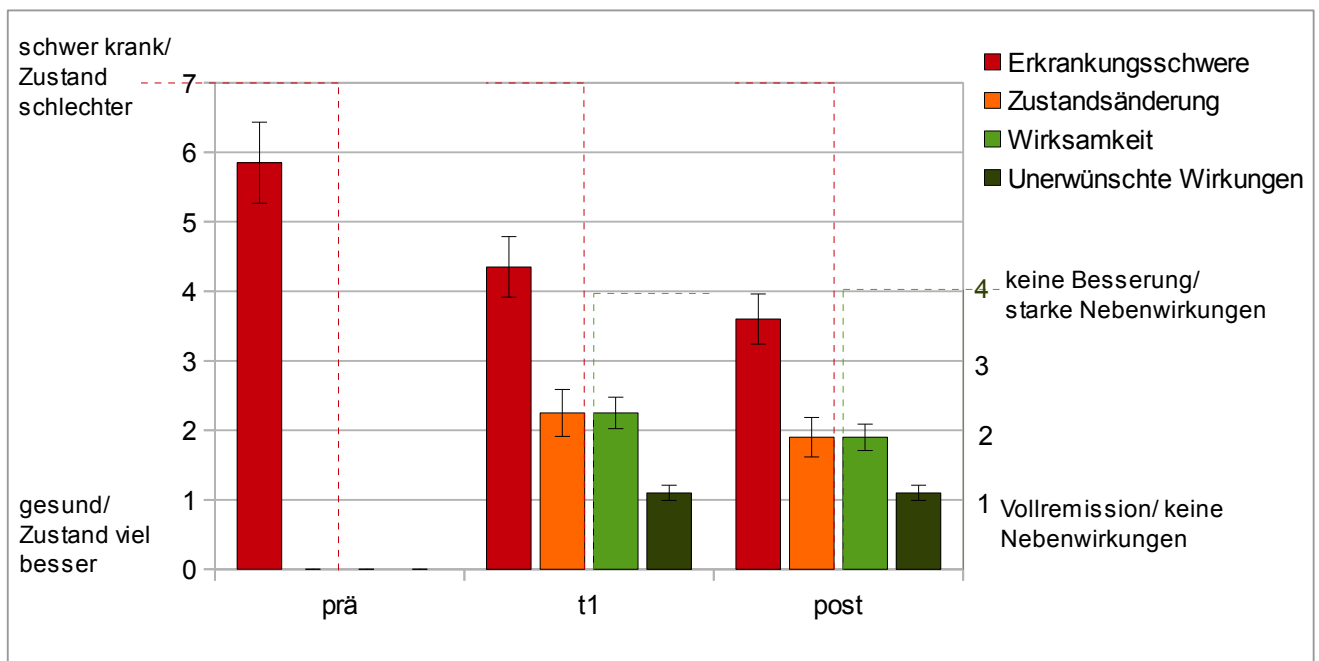
Zeitpunkt  $T_0$  noch keine Vergleichswerte vorlagen, konnte hier dementsprechend nur die Schwere der Erkrankung beurteilt werden (siehe Abbildung 13).

Zum Zeitpunkt der Prä-Messung zeigten nach klinischer Einschätzung die meisten Patienten ein schweres bis sehr schweres Erkrankungsbild. Der durchschnittliche Wert lag bei 5.85 ( $SD = .74$ ) bei einer Skala von 1 bis 7 (7 als schlechterster, 1 als bester Wert und damit gleichbedeutend mit *gesund*). Die Erkrankungsschwere zeigte in Varianzanalysen eine hochsignifikante Verbesserung über die Dauer der Therapie ( $p < .001$ ). Zur Abschlussuntersuchung wurden die Patienten vom klinischen Aspekt im Mittel zwischen leicht und mäßig erkrankt eingestuft ( $M = 3.60$ ;  $SD = 1.04$ ).

Die Zustandsänderung erwies sich zu Therapieende im Mittel als *viel besser* bis *sehr viel besser* ( $M = 1.9$ ;  $SD = .85$ ).

Die Kategorien *therapeutische Wirksamkeit* und *unerwünschte Wirkungen* wurden auf vierstufigen Skalen von 1 bis 4 erfasst. Zum Zeitpunkt der Post-Untersuchung zeigte sich nach klinischer Einschätzung bei 8 Patienten eine Vollremission (1 Punkt), bei weiteren 6 eine Teilremission (2 Punkte). Der Mittelwert für die therapeutische Wirksamkeit lag bei 1.9 ( $SD = .85$ ). Zu  $T_1$  zeigten sich erst 4 Voll-<sup>18</sup> und 7 Teilremissionen. Der Unterschied von  $T_1$  zu  $T_2$  wurde mit  $p = .015$  statistisch signifikant.

Unerwünschte Wirkungen der Gruppentherapie konnten nicht eruiert werden.



**Abbildung 13:** Graphische Darstellung der vier Items des CGI, Mittelwerte

<sup>18</sup> Die zu  $T_1$  klinisch vollremittierten Patienten wurden zu diesem Zeitpunkt dann auch entlassen.

### 5.2.2. Entwicklung der wahrgenommenen Lebensqualität im Verlauf der Gruppentherapie

Die Veränderung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität wurde anhand der Werte des WHOQOL-BREF im Vergleich der Messzeitpunkte  $T_0$  und  $T_2$  beurteilt. Nach Umkodierung der Items 3, 4 und 26 (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1) wurden die Domänenwerte der Subskalen physische Lebensqualität, psychische Lebensqualität und Lebensqualität in den Bereichen soziale Beziehungen und Umweltbedingungen ermittelt. Dafür wurden die Werte der Domänen gemittelt und mit dem Faktor 4 multipliziert.

Der Gesamtscore wurde durch die Addition aller Einzelitems inklusive der Werte für die globale Lebensqualität errechnet.

Zur Auswertung der Veränderung über die Messzeitpunkte wurden ebenfalls ANOVAS im Messwiederholungsdesign gerechnet. Die Mittelwerte des Gesamtscores nahmen über die Dauer der Therapie hochsignifikant zu ( $p < .001$ ). Während der Summenwert zu Studienbeginn  $T_0$  bei 71.45 ( $SD = 11.68$ ) lag, konnte er bis zum Erhebungszeitpunkt  $T_2$  auf 89.25 ( $SD = 17.63$ ) gesteigert werden.

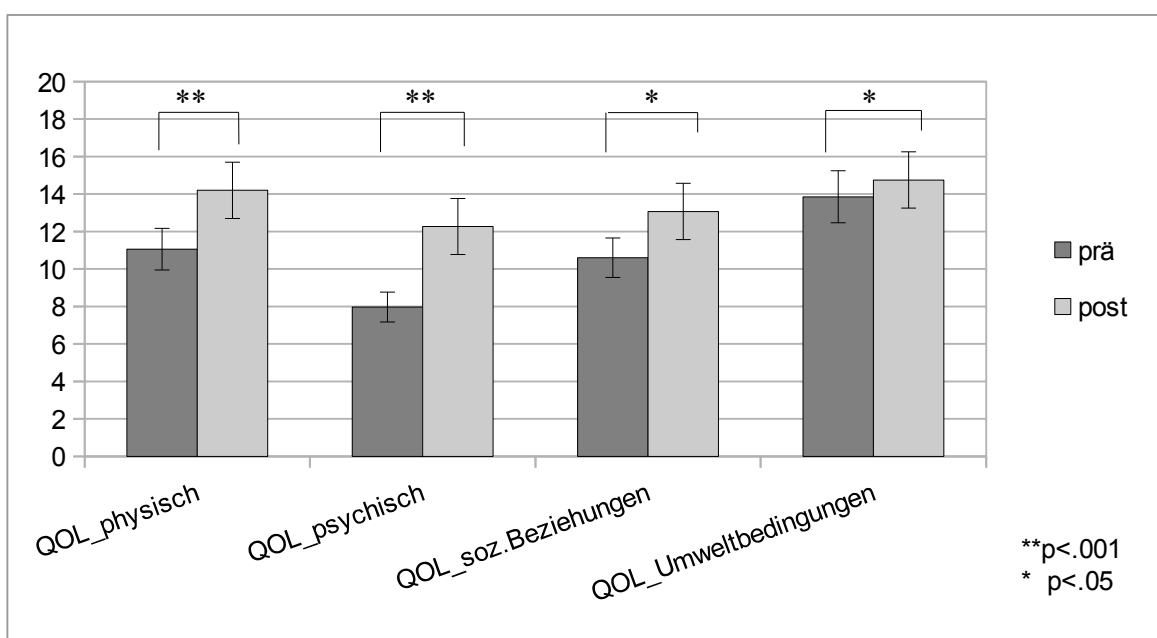
Die beiden globalen Fragen wurden (bei einem Bewertungsspektrum von 1 bis 5) zu  $T_0$  durchschnittlich im Mittel mit 2.10 ( $SD = .64$ ) für die allgemeine Lebensqualität und mit 2.40 ( $SD = 0.99$ ) für die Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand bewertet. Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung bewerteten die Patienten ihre allgemeine Lebensqualität im Mittel mit 3.35 ( $SD = .93$ ), ebenso wie die Zufriedenheit mit der Gesundheit ( $M = 3.35$ ;  $SD = 1.08$ ). Die beiden Messzeitpunkte unterschieden sich auch in diesen Punkten hochsignifikant ( $p < .001$ ).

Ebenso verhielt es sich mit allen anderen Domänenwerten. Die deutlichste Verbesserung zeigte sich erwartungsgemäß im Bereich der psychischen Lebensqualität gefolgt von der Domäne physischer Lebensqualität. In beiden Bereichen wurde ein Signifikanzniveau von  $p < .001$  erreicht. Auch die Verbesserung im Bereich soziale Beziehungen zeigte sich hochsignifikant ( $p = .001$ ). Die erlebte Veränderung der Umweltbedingungen wurde ebenfalls mit  $p = .015$  signifikant. Für die Scores und Standardabweichungen der Domänenwerte siehe Tabelle 11 sowie die Abbildung 14 .

**Tabelle 11:** Vergleich der Domänenwerte des WHOqol-BREF zu  $T_0$  und  $T_2$

	N	$T_0$ - Messung M	$T_0$ - Messung SD	$T_2$ - Messung M	$T_2$ - Messung SD	ANOVA p (Sign.)
QOL physisch	20	11.05	2.48	14.20	2.81	< .001
QOL psychisch	20	7.96	2.74	12.26	3.94	< .001
QOL soziale Beziehungen	20	10.60	3.68	13.06	4.04	.001
QOL Umweltbedingungen	20	13.85	2.40	14.75	2.28	0.015

Anmerkungen: *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *p* Signifikanzniveau, *d* Effektstärke nach Cohen für den Unterschied von  $T_0$  und  $T_2$



**Abbildung 14:** Graphische Darstellung der Veränderung der Domänenwerte des WHOqol-BREF, Mittelwerte

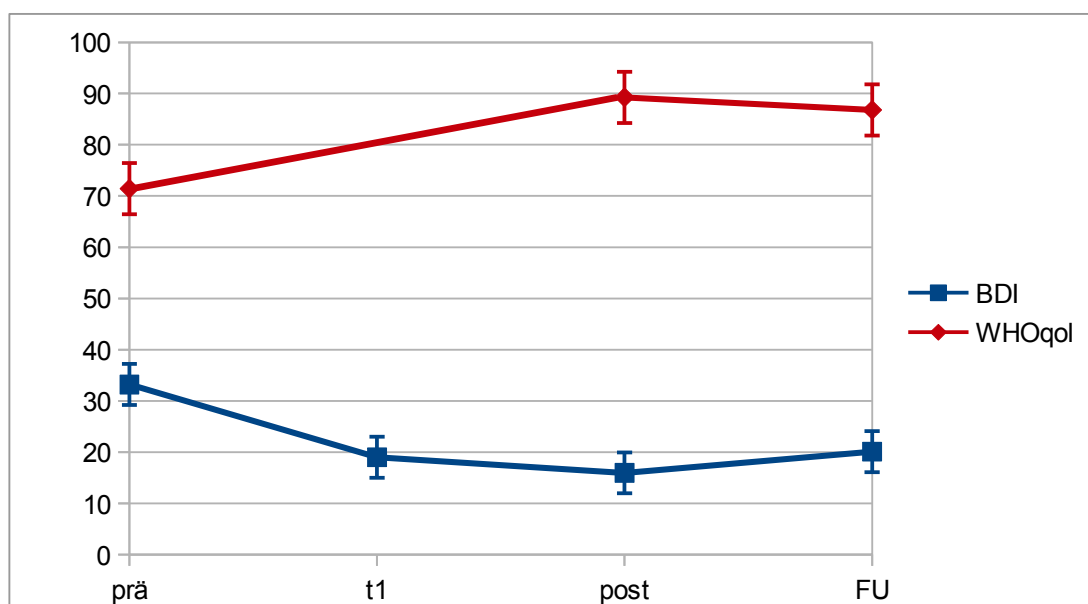
### 5.2.3. Rückfallrate, Depressivität und Lebensqualität im Follow-up

Zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung 3 Monate nach Ende der stationären Therapie wurde ein selbstentwerfener Fragebogen eingesetzt, mit dem erneute stationäre Aufnahmen, Suizidversuche und Umstellungen der Medikation abgefragt wurden. Zusätzlich kamen zur genauen Symptomerfassung und zur Einschätzung der Lebensqualität die Selbstrating-Fragebögen BDI-II und WHOQOL-BREF zum Einsatz.

Nur einer der Patienten gab an, dass es in der Zeit nach der stationären Entlassung zu einer erneuten stationären Aufnahme gekommen sei. Diese Aufnahme war allerdings geplant gewesen. Der Patient war im ersten Behandlungszyklus nur mit CBASP-Gruppentherapie behandelt worden; in der Einzeltherapie wurden andere Therapieschwerpunkte gesetzt. Bei der erneuten Aufnahme wurde intensiviert mit CBASP behandelt, was einen besseren Erfolg zeigte. Dieser Klinikaufenthalt lag allerdings außerhalb des Erhebungszeitraums und ging insofern nicht in die ausgewerteten Daten mit ein, weshalb dieser Patient nach gesetzter Definition als Rückfall gewertet werden muss.

Von allen anderen Studienteilnehmern wurden erneute stationäre Aufnahmen, Suizidversuche oder notwendig gewordenen Änderungen des Therapieregimes verneint. Demzufolge entspricht die Rückfallrate 5%.

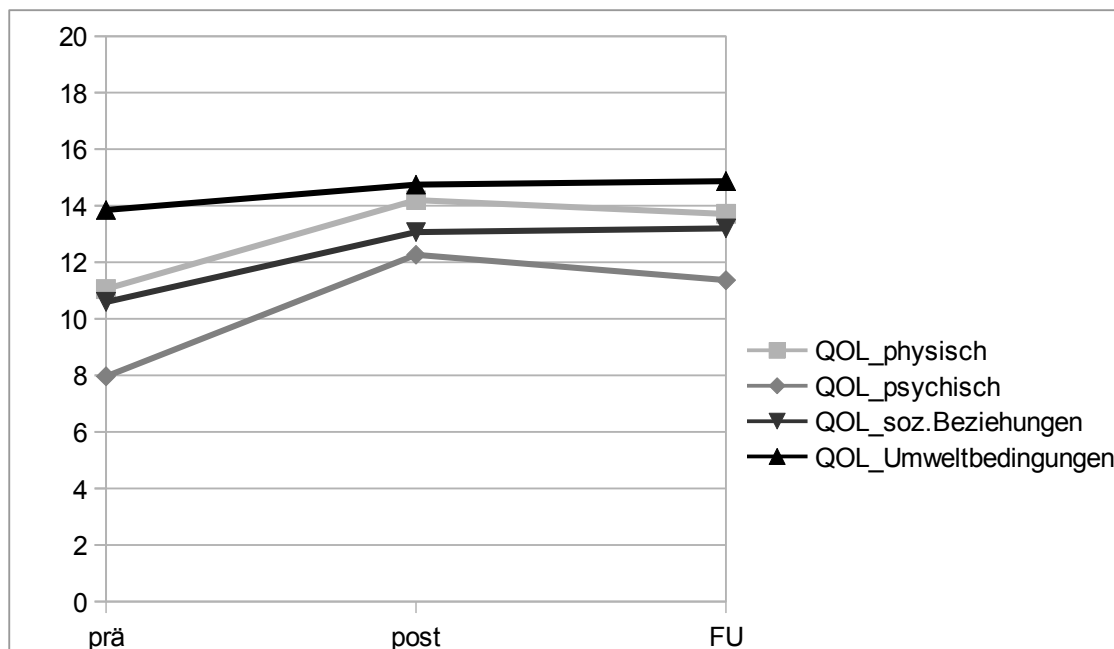
Der Mittelwert des BDI lag bei der Nachuntersuchung mit 20.10 ( $SD = 11.25$ ) etwas schlechter als bei der Abschlussuntersuchung, bei der der Wert noch bei 15.95 lag. Statistisch wurde dieser Unterschied allerdings in der ANOVA nicht signifikant. Zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung erfüllten noch 40% der Patienten das Remissionskriterium mit einem Summenscore  $\leq 13$  Punkten im Gegensatz zu 60% zum Zeitpunkt  $T_2$ .



**Abbildung 15:** Graphische Darstellung von BDI und WHOQOL-BREF-Gesamtwert im zeitlichen Verlauf mit Follow-up, Mittelwerte

Der Gesamtscore des WHOQOL-BREF unterschied sich in der ANOVA nicht signifikant zwischen dem Zeitpunkt  $T_2$  ( $M = 89.25$ ;  $SD = 17.63$ ) und der Nachuntersuchung ( $M = 86.80$ ;  $SD = 14.76$ ). Auch in den Domänenwerten konnten keine

signifikanten Veränderungen beobachtet werden. Rein deskriptiv ist zu beobachten, dass sich die Werte für physische und psychische Lebensqualität etwas verschlechterten, die Domänen soziale Beziehungen und Umweltbedingungen leichte Zuwächse verzeichneten zwischen T2 und Follow-up (siehe Abbildung 16).



**Abbildung 16:** Darstellung der Domänen des WHOqol-BREF im zeitlichen Verlauf T0, T2 und Follow-up, Mittelwerte

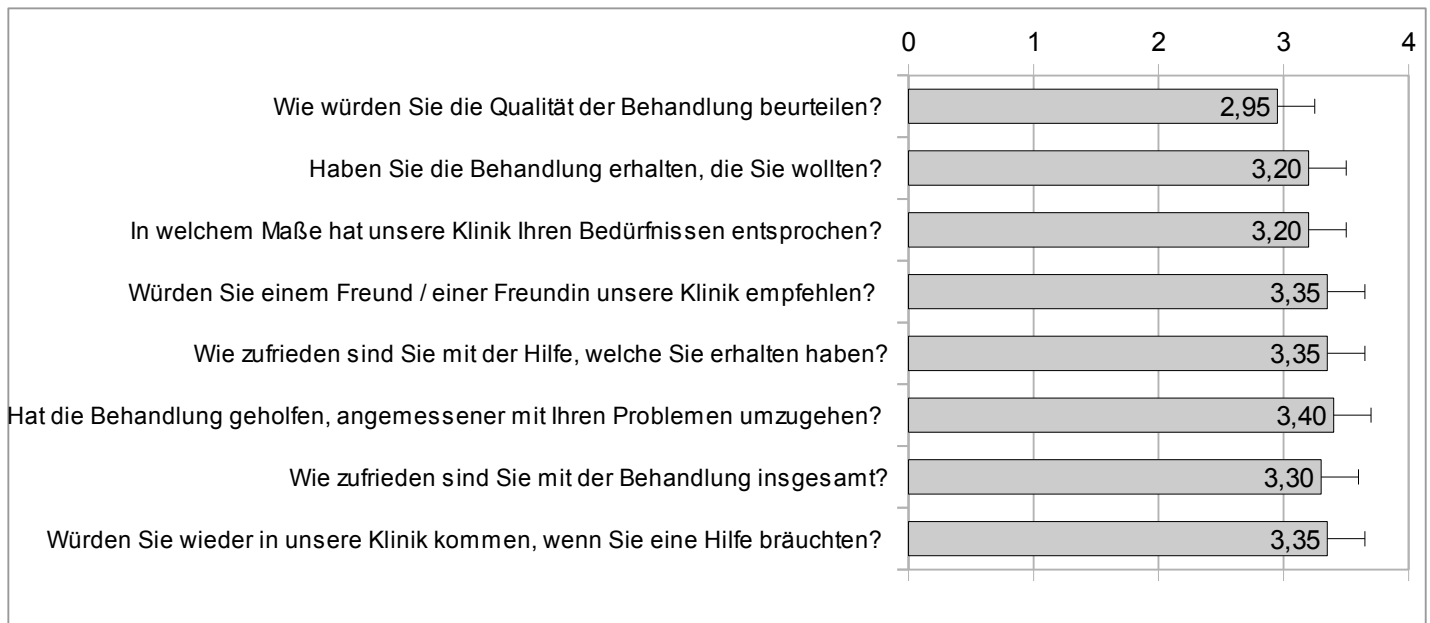
### 5.3. Durchführbarkeit

Die Durchführbarkeit wird anhand der allgemeinen Zufriedenheit der Patienten bewertet, die mit dem Fragebogen ZUF-8 (Schmidt et al., 1989, Schmidt, J. & Nübling, R., 2002) sowie dem Patientenevaluationsbogen *Evaluation der CBASP-Gruppe DO!* (Brakemeier, E.-L., Strunk, R. & Schramm, E., 2009) erfasst wurde. Darüber hinaus wird eine Dropout-Analyse durchgeführt.

#### 5.3.1. Allgemeine Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung im Allgemeinen wurde an den Werten des ZUF 8 nach Abschluss der Therapie zum Zeitpunkt T<sub>2</sub> gemessen. Dabei ergab sich im Mittel ein Gesamtwert von 26.1 Punkten, was bei einem Score-Spektrum von 8 bis 32 für eine gute Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung spricht. Die Bewertung der verschiedenen Behandlungsaspekte ist in Abbildung 17 dargestellt. Die Punktwerte bewegen sich im Wesentlichen zwischen 3 und 3.5 von 4 möglichen

Punkten. Mit einem Mittelwert von 3.4 Punkten bewerteten die Patienten die vermittelten Möglichkeiten, einen angemessenen Umgang mit ihren Problemen zu finden, als besonders gut.



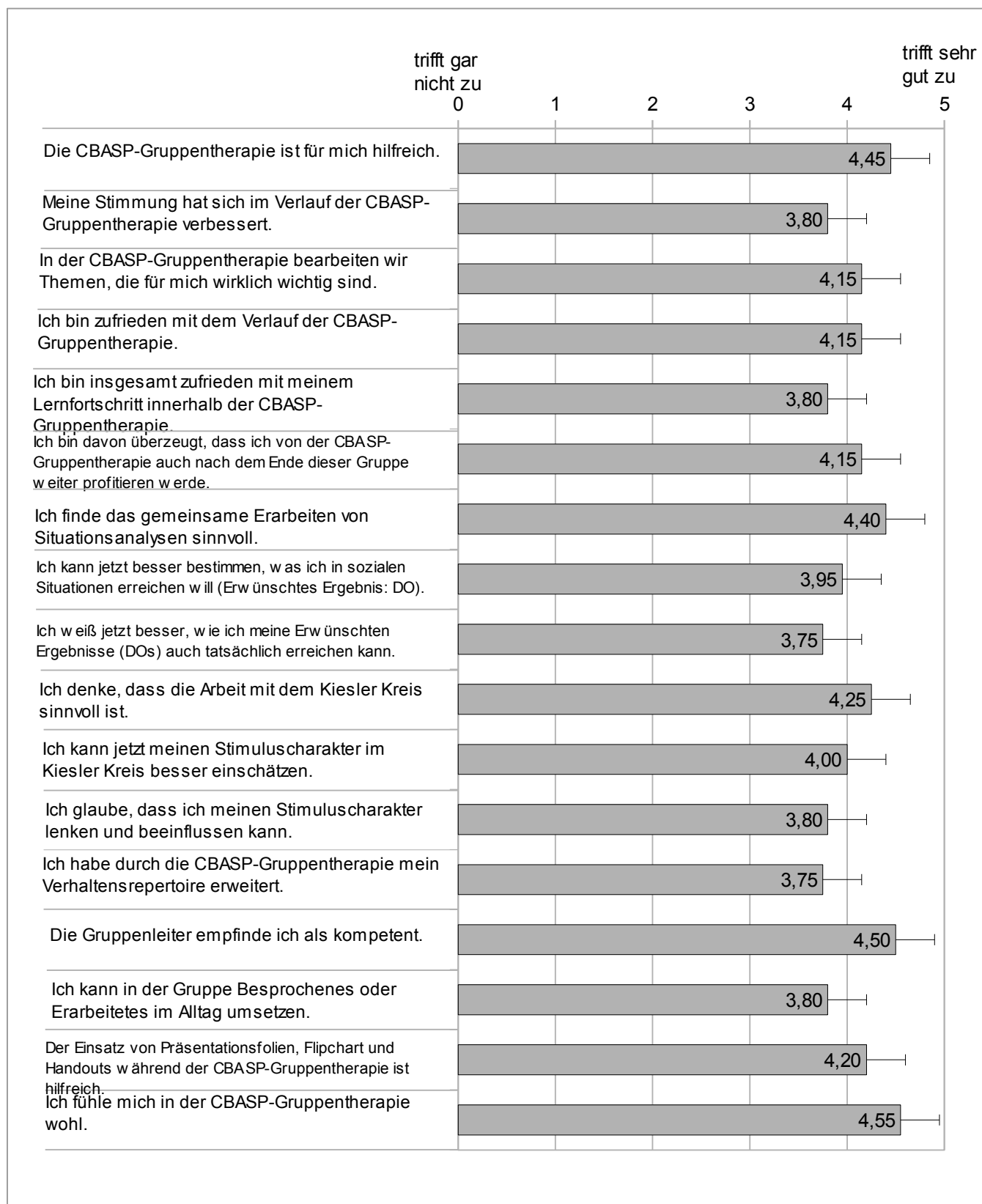
**Abbildung 17:** Gesamtbewertung der stationären Behandlung durch den ZUF8 (Mittelwerte)

### 5.3.2. Patientenzufriedenheit auf Grundlage der Patientenevaluation der CBASP-Gruppe DO!

Der Patientenevaluationsbogen zur *Evaluation der CBASP-Gruppe DO!* wurde ebenfalls nach Abschluss der Therapie zum Zeitpunkt T<sub>2</sub> ausgegeben. Der Fragebogen umfasst 26 Items, wobei die ersten 17 Items intervallskaliert sind und nach Umkodierung (-3=0; -2 =1; -1=2; 1=3; 2=4; 3=5) zu einem Summenscore verrechnet werden konnten. Mit den Fragen, die in den Score eingehen, bewerten die Patienten, wie hilfreich sie die Therapie und einzelne Therapieelemente empfinden, wie sie ihren Lernerfolg dadurch beurteilen und wie wohl sie sich im Rahmen der Gruppensitzungen fühlten. Der Score ergab im Mittel einen Wert von 69.45 Punkte mit einer Standardabweichung  $SD = 12.28$ . Dieser Wert kann rein deskriptiv gehandhabt werden. Bei einer Höchstpunktzahl von 85 Punkten scheint die CBASP-Gruppentherapie aber insgesamt gute Bewertungen zu erhalten.

Von der in vorliegender Arbeit beschriebenen Patientengruppe wurden die folgenden Aspekte, die in den Score mit eingingen, besonders gut bewertet (im Mittel mit mehr als 4 von 5 möglichen Punkten): Die Patienten gaben an, die Therapie insgesamt als sehr hilfreich zu empfinden ( $M = 4.45$ ). Die Therapieelemente *Erarbeitung von Situationsanalysen* ( $M = 4.4$ ) und die *Arbeit mit dem Kiesler Kreis* ( $M = 4.25$ ) als zentrale Bausteine der Gruppentherapie wurden von den Patienten als sehr positiv

und hilfreich erlebt. Besonders betont wurde durch die gute Bewertung auch die Kompetenz des/der Gruppenleiters/-leiterin ( $M = 4.5$ ) und die Tatsache, dass die Patienten sich im Gruppenrahmen wohlfühlten ( $M = 4.55$ ).



**Abbildung 18:** Beurteilung allgemeiner Aspekte und Therapieelemente der Gruppentherapie CBASP DO! durch die Patienten zu  $T_2$

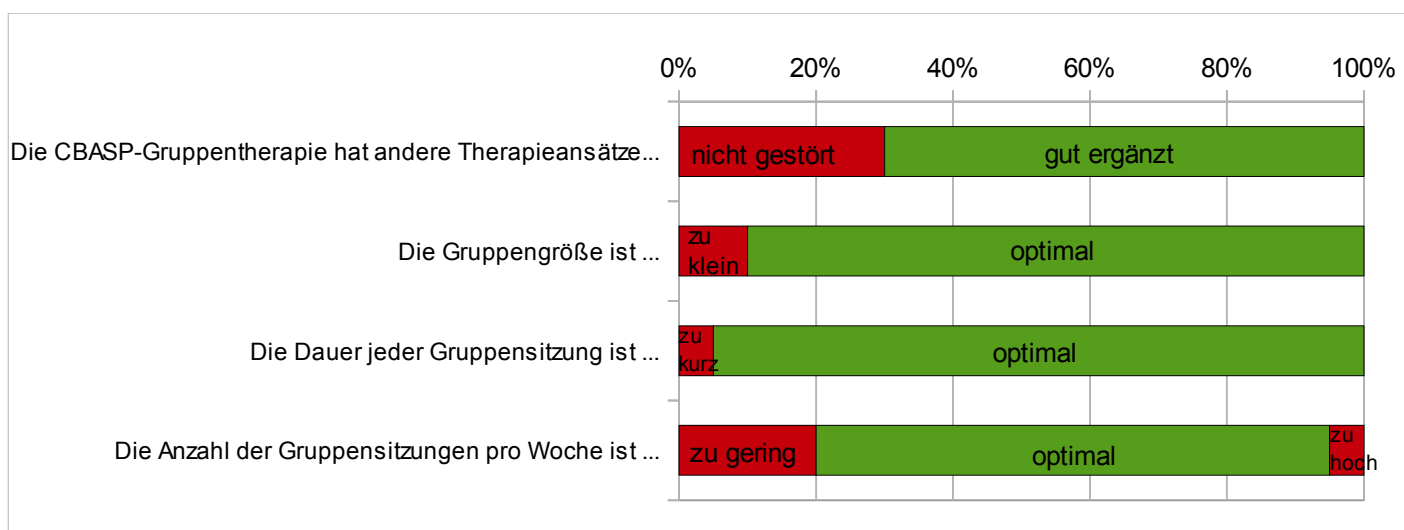
Viele Patienten waren der Meinung, in der Gruppentherapie Probleme zu bearbeiten, die für sie große Relevanz haben ( $M = 4.15$ ) und auch über die Therapie hinaus vom Gelernten profitieren zu können ( $M = 4.15$ ). Die detaillierten Ergebnisse der Items 1-17 sind in Abbildung 18 dargestellt.

Die organisatorischen Bedingungen der Gruppentherapie bewerteten die Patienten auf Ordinalskalen mit vier Fragen unter anderem bezüglich Gruppengröße und Therapiedauer (siehe Abbildung 19).

90 % der Patienten beschrieben dabei die Gruppengröße als optimal, 10% als zu klein. Dabei handelte es sich um zwei Patienten, die während der Sommermonate in stationärer Behandlung waren, in denen die Patientenzahlen und insofern auch die Gruppengröße kleiner waren als regulär. Die Gruppengröße mit in der Regel 4 – 8 Patienten scheint also als gute Anzahl für effektives therapeutisches Arbeiten erlebt zu werden.

Die Dauer der Gruppensitzungen wurde von 95% der Patienten als optimal empfunden. Lediglich ein Patient (5 %) erlebte sie als zu kurz. Insofern kann die Sitzungsdauer mit 90 Minuten pro Sitzung als gut akzeptiert und durchführbar angenommen werden.

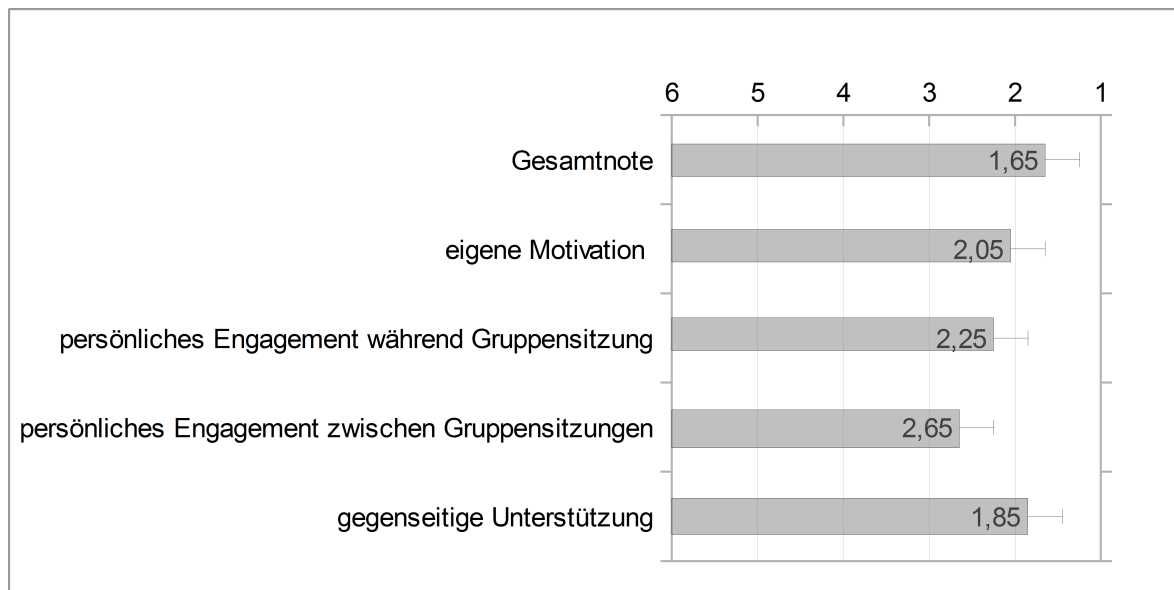
Die Anzahl der Gruppensitzungen pro Woche erleben die Patienten mit 2 durchgeführten Sitzungen in 75% als optimal. 4 Patienten (20%) hätten sich eine häufigere Frequenz gewünscht, 1 Patient (5%) empfand 2 Sitzungen pro Woche als zu viel. Insgesamt waren 70% der Patienten der Meinung, die Gruppentherapie habe die anderen Therapieansätze und zusätzlichen Angebote *gut ergänzt*. Alle übrigen waren zumindest der Meinung, die Gruppentherapie habe andere Therapien *nicht gestört*.



**Abbildung 19:** Bewertung der organisatorischen Bedingungen der CBASP-Gruppe durch den Patienten zu T2



Mit den letzten Items 22 – 26 gaben die Patienten analog zum Schulnotensystem (1=„sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“) eine Gesamtnote für die Therapie und bewerteten ihre Motivation, ihr Engagement während und zwischen den Gruppensitzungen sowie die gegenseitige Unterstützung in der Gruppe (siehe Abbildung 20). Insgesamt bewerteten die Patienten die Gruppentherapie mit gut oder besser. Es ergab sich eine mittlere Bewertung von 1.65 ( $SD = .58$ ). Auch die Aspekte der gegenseitigen Unterstützung der Gruppenmitglieder untereinander wurde als gut oder besser empfunden ( $M = 1.85$ ;  $SD = .74$ ). Die eigene Motivation ( $M = 2.05$ ;  $SD = .60$ ) sowie das erlebte persönliche Engagement während der Sitzungen ( $M = 2.25$ ;  $SD = .78$ ) können als gut angesehen werden.



**Abbildung 20:** Bewertung der CBASP-Gruppe und der eigene Arbeitshaltung durch den Patienten

### 5.3.3. Dropout-Analyse

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße erfolgt die Dropout-Analyse rein deskriptiv auf die Einzelfälle bezogen.

Von den 23 untersuchten Patienten gingen letztendlich die Daten von 20 Patienten in die Auswertung mit ein. Ein Patient wurde nachträglich aus der Studie ausgeschlossen, da er das Einschlusskriterium der regelmäßigen Gruppenteilnahme nicht erfüllte, das heißt, dass er an mehr als zwei Gruppensitzungen nicht teilgenommen hatte. Bei einem Patienten stellte sich im Laufe der Therapie heraus, dass weniger eine chronische Depression, sondern vielmehr eine Borderline Persönlichkeitsstörung vom Impulsiven Typ psychopathologisch im Vordergrund stand und von therapeutischer Seite von einer Fortsetzung der Gruppentherapie abgesehen wurde. Der dritte Patient, dessen Daten für die Auswertung nicht

verwendet werden konnten, brach auf eigenen Wunsch nach der Prä-Untersuchung die Studienteilnahme ab, da er sich emotional und im Hinblick auf seine Konzentrationsfähigkeit nicht in der Verfassung sah, die Bearbeitung der Selbststrating-Fragebögen leisten zu können.

Bei drei Patienten, deren Daten letztlich nicht für die Auswertung verwendet werden konnten, ergibt sich bei 23 Studienteilnehmern eine Dropout-Rate von 13.04%.

## **5.4. Veränderung der spezifischen Parameter**

Um der Frage auf den Grund zu gehen, ob die in der Theorie McCullougs als charakteristisch für die chronische Depression postulierten Merkmale der Verbesserung der Psychopathologie zugrundeliegen, wurde die Veränderung von Stimuluscharakter, präoperationalen Denkstrukturen, Empathievermögen und soziale Problemlösefähigkeit über die Dauer der Therapie beobachtet. Dieses Kapitel legt dar, inwieweit sich diese Eigenschaften als veränderbar darstellten.

Der Prä/Post-Vergleich der Mittelwerte erfolgte mithilfe von Varianzanalysen im Messwiederholungsdesign.

### **5.4.1. Entwicklung des Stimuluscharakters**

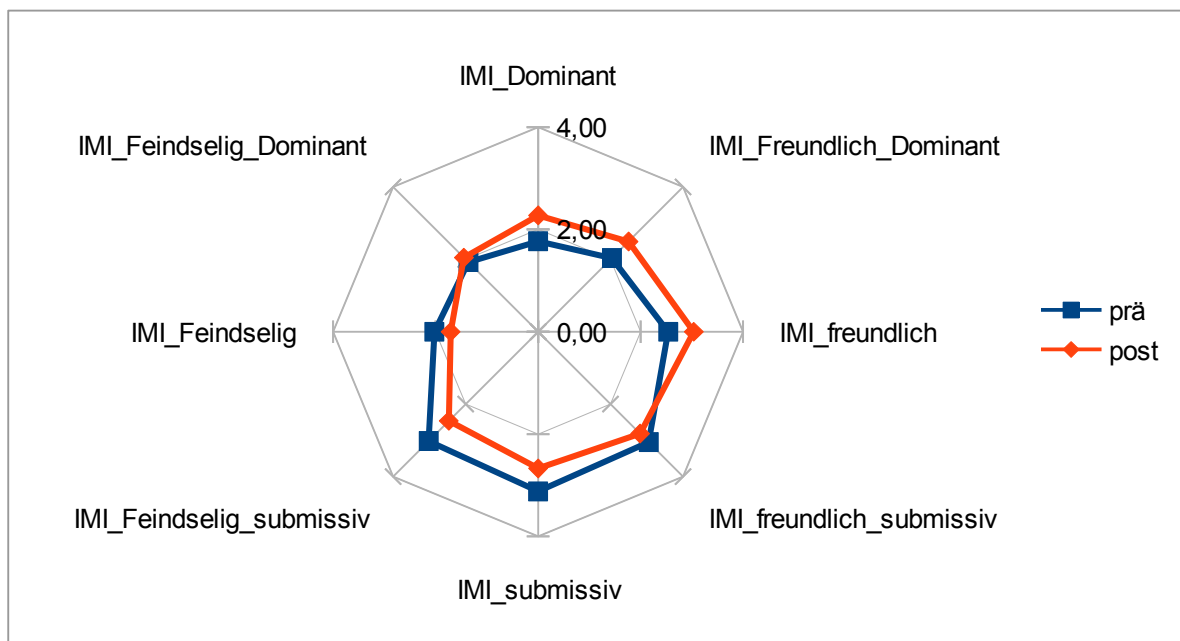
Zur Überprüfung der Hypothese, dass sich der Stimuluscharakter eines jeden durch gezieltes Training und Bewusstmachung der eigenen Wirkung auf andere beeinflussen lässt, wurde das *Impact Message Inventory* (IMI) zu Beginn und Ende der Therapie (T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>) vom jeweils behandelnden Einzeltherapeuten ausgefüllt. Zunächst erfolgte die Berechnung der Subskalen *freundlich*, *freundlich-submissiv*, *submissiv*, *feindselig-submissiv*, *feindselig*, *feindselig-dominant*, *dominant* und *freundlich-dominant*, die den Achsen des *Kiesler Kreises* entsprechen. Dafür wurden die Itemwerte addiert und durch die Anzahl der eingehenden Items dividiert (8 pro Subskala). Für alle Skalen außer denen der Bereiche *feindselig* und *feindselig/dominant* zeigten sich in den durchgeführten Varianzanalysen signifikante Unterschiede der Mittelwerte im Prä/Post-Vergleich. Die größten Veränderungen zeigten sich in den Bereichen *freundlich*, *freundlich/dominant*, *dominant* (Zunahme) sowie *submissiv* und *feindselig/submissiv* (Abnahme), alle mit einer signifikanten Mittelwertänderung zwischen T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub> ( $p > .01$ ). Dies bedeutet eine Entwicklung von einer feindselig-submissiven Haltung hin zu einer freundlicheren, dominanteren Position in

der Interaktion mit dem Therapeuten. Diese Veränderung lässt sich auch in der graphischen Darstellung in Abbildung 21 erkennen. Tabelle 12 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der IMI-Unterskalen zu den Messzeitpunkten  $T_0$  und  $T_2$  zu entnehmen.

**Tabelle 12:** Vergleich der Subskalen des Impact Message Inventory (IMI) zu  $T_0$  und  $T_2$

	<i>N</i>	<i>IMI T<sub>0</sub>, M</i>	<i>IMI T<sub>0</sub>, SD</i>	<i>IMI T<sub>2</sub>, M</i>	<i>IMI T<sub>2</sub>, SD</i>	<i>ANOVA P</i>
Freundlich	20	2.53	0.50	3.03	0.54	0.001
Freundlich/ Submissiv	20	3.05	0.49	2.08	0.41	0.03
Submissiv	20	3.11	0.43	2.67	0.48	0.004
Feindselig/ Submissiv	20	3.01	0.40	2.46	0.57	0.002
Feindselig	20	2.02	0.59	1.70	0.63	0.055
Feindselig/ Dominant	20	1.92	0.52	2.05	0.61	0.086
Dominant	20	1.76	0.37	2.27	0.51	<0.001
Freundlich/ Dominant	20	2.03	0.46	2.49	0.57	0.006

Anmerkungen: *IMI* Impact Message Inventory  $T_0$  Messzeitpunkt  $T_0$  (Prä-Messung)  $T_2$  Messzeitpunkt  $T_2$  (Post-Messung) *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *p* Signifikanzniveau der Mittelwertsunterschiede  $T_0$  und  $T_2$



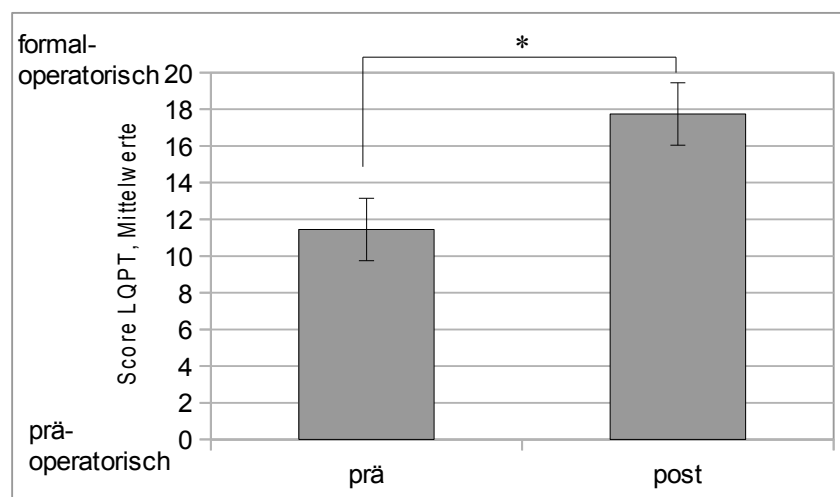
**Abbildung 21:** Graphische Darstellung der IMI-Subskalen auf oktaedrischer Skala

#### 5.4.2. Entwicklung präoperationaler Denkstrukturen

Zur Annäherung an die Hypothese McCulloughs, dass sich chronisch depressive Patienten auf präoperationalem Denkniveau befinden, wurde der eigens für die Erfassung dieser Denkstrukturen entwickelte Fragebogen, der *Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking* (LQPT), eingesetzt.

Zur Ermittlung des Scores wurde für jede Antwort im Sinne einer präoperatorischen Antwort der Wert 0 und für jede formal-operatorische Antwort der Wert 1 vergeben. Das bedeutet, je höher der Summenwert, desto entwickelter ist das Denkniveau. Da die Items 4 und 22 in der Evaluation von Kühnen et al. (2011) keine ausreichende Trennschärfe zeigten, wurden sie aus der Auswertung ausgeschlossen, was einen Gesamtwert von 0-20 Punkten ermöglichte.

Insgesamt zeigte sich eine hochsignifikante Verbesserung ( $p=.003$ ) des Denkniveaus zwischen der  $T_0$ -Messung ( $M = 11.45$ ;  $SD = 4.07$ ) bis zur  $T_2$ -Messung ( $M = 15.75$ ;  $SD = 4.72$ ). Insofern konnte gemäß der These McCulloughs eine Abnahme präoperationaler Denkstrukturen festgestellt werden.



**Abbildung 22:** Graphische Darstellung der Mittelwerte des LQPT zu  $T_0$  und  $T_2$

#### 5.4.3. Entwicklung des Sozialen Problemlöseverhaltens

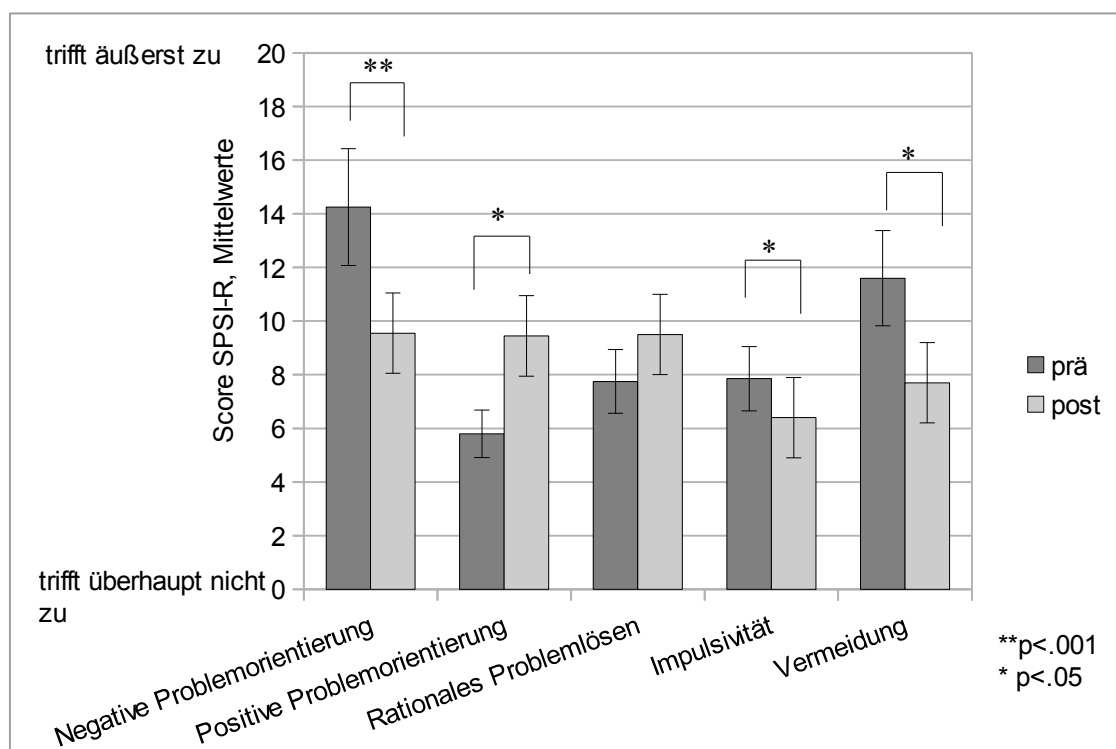
Das soziale Problemlöseverhalten wurde anhand der Werte des *Social Problem Solving Inventory*s (SPSI-R) erhoben und ausgewertet. Zunächst wurden die fünf Unterskalen berechnet. Zur Berechnung des Summenscores wurden die negativ attribuierten Items der Skalen *Negative Problemorientierung*, *Impulsivität* und *Vermeidung* umcodiert, sodass im Gesamtscore hohe Werte den besten Problemlösefähigkeiten entsprechen. Dabei ergab sich im Prä/Post-Vergleich ein signifikant veränderter

Gesamtscore im Sinne einer Verbesserung von 39.85 ( $SD = 14.97$ ) bei der Prä-Messung zu einem Punktwert von 55.30 ( $SD = 15.41$ ) bei der Post-Messung. Das Signifikanzniveau lag dabei bei  $p = .001$  und erwies sich damit als hochsignifikant. Auch die Unterskalen erreichten bis auf die Skala *Rationales Problemlösen*, die eine Signifikanz knapp verfehlte, alle eine signifikante Veränderung im Mittelwertvergleich der Prä und Post-Messungen. Besonders deutlich war die Abnahme im Bereich der *Negativen Problemorientierung* ( $p = .001$ ) und die Zunahme im Bereich der *Positiven Problemorientierung* ( $p = .002$ ). Die Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten sind in Tabelle 13 zusammengefasst und in Abbildung 23 graphisch dargestellt.

**Tabelle 13:** Vergleich des Gesamtwerts und der Subskalen des SPSI-R zu T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>

	<i>N</i>	<i>SPSI T<sub>0</sub></i> <i>M</i>	<i>SPSI T<sub>0</sub></i> <i>SD</i>	<i>SPSI T<sub>2</sub></i> <i>M</i>	<i>SPSI T<sub>2</sub></i> <i>SD</i>	<i>ANOVA</i> <i>P</i>
Gesamtwet	20	39.85	14.97	55.30	15.41	.001
NPO	20	14.25	5.08	9.55	4.79	.001
PPO	20	5.80	4.28	9.45	4.16	.002
RPS	20	7.75	2.77	9.50	3.31	.072
ICS	20	7.85	3.66	6.40	3.45	.042
AS	20	11.60	4.55	7.70	5.24	.010

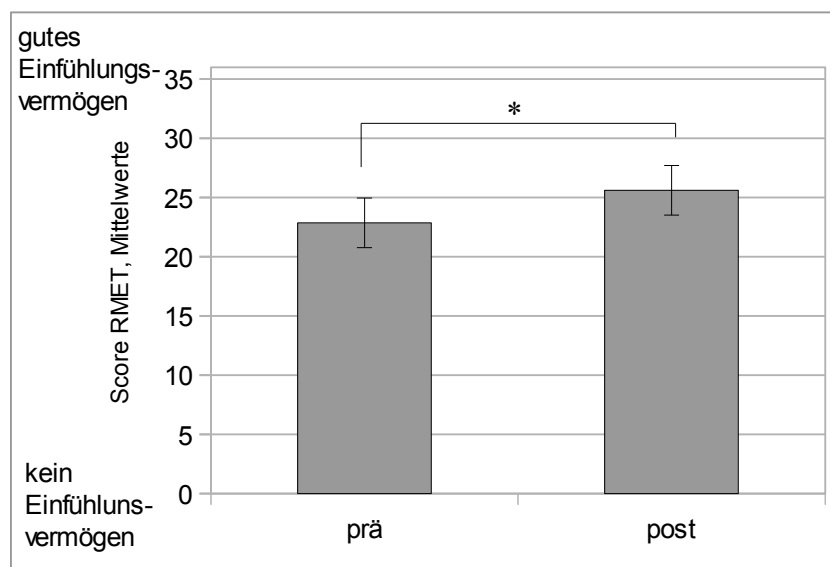
Anmerkungen: SPSI Social Problem Solving Inventory NPO Negative Problemorientierung PPO Positive Problemorientierung RPS Rationales Problemlösen ICS Impulsivität/Nachlässigkeit AS Vermeidung T<sub>0</sub> Messzeitpunkt T<sub>0</sub> (Prä-Messung) T<sub>2</sub> Messzeitpunkt T<sub>2</sub> (Post-Messung) M Mittelwert, SD Standardabweichung, p Signifikanzniveau der Mittelwertunterschiede



**Abbildung 23:** Graphische Darstellung der Subskalen des SPSI zu T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>, Mittelwerte

#### 5.4.4. Entwicklung des Empathievermögens

Das Empathievermögen wurde anhand des *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET) zu  $T_0$  und  $T_2$  abgeschätzt. Empathie wird hierbei an der Fähigkeit bemessen, 36 vorgelegte Gesichtsausdrücke an der Augenpartie von verschiedenen Personen richtig zu deuten. Für die Auswertung wurde die Anzahl richtig erkannter Gesichtsausdrücke (siehe Methoden 4.4.4.) zu einem Score addiert. Insofern stehen hohe Werte für gutes, niedrige Werte für schlechtes Einfühlungsvermögen. Die Durchführung zu Beginn und zum Ende der Therapie ergaben insgesamt eine Steigerung der Mittelwerte von 22.85 (SD = 4.06) auf 25.60 (SD = 3.21) im Verlauf der Therapie. Die Mittelwertunterschiede zwischen  $T_0$  und  $T_2$  erwiesen sich mit  $p = .007$  als hochsignifikant. Eine Steigerung der Fähigkeit des Einfühlens in andere Personen durch Beobachtung deren Gesichtsausdrücke scheint möglich zu sein.



**Abbildung 24:** Mittelwerte des RMET zu den Zeitpunkten  $T_0$  und  $T_2$

#### 5.5. Explorative Untersuchung: Veränderung der spezifischen Parameter als Prädiktoren für Therapieoutcome?

Zur Beantwortung der Frage, ob die erhobenen spezifischen Parameter als Prädiktoren für das Therapieoutcome und einen Langzeiterfolg der Therapie herangezogen werden können, wurden zwei Schritten durchgeführt. Zunächst wurde überprüft, ob grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen diesen Werten und den Endpunkten Depressivität und Lebensqualität besteht und darauf folgend hierarchische schritt-

weise Regressionsanalysen angeschlossen, um die besten Prädiktorvariablen und deren Eignung als Vorhersagewert zu ermitteln.

#### **5.5.1. Regressionsanalysen mit spezifischen Parametern als unabhängige Variablen**

Um festzustellen, wo Zusammenhänge zwischen der Veränderung der spezifischen Parameter und den Zielvariablen (HAMD, BDI und WHOQol) bestehen und zur Orientierung, welche Werte besser und welche schlechter als Prädiktoren für das Therapieoutcome geeignet sind, wurden einfache lineare Regressionsanalysen gerechnet. Die spezifischen Parameter wurden dabei als unabhängige, die Messvariablen für das Therapieoutcome als abhängige Variablen eingesetzt. Zuvor wurden Streudiagramme erzeugt, um die Linearität der Zusammenhänge zu überprüfen, die für alle untersuchten Korrelationen bestätigt werden konnte. Beispielhaft sind einige der ermittelten Zusammenhänge im Folgenden graphisch dargestellt.

Um dem explorativen Charakter bei der Suche nach Prädiktoren Rechnung zu tragen, wurde eine Analyse mit der Differenz zwischen Prä- und Post-Messung von Depressivität (HAMD (Fremdrating), BDI (Selbstrating)) und Lebensqualität (WHOQol-BREF) als abhängige Variablen und durchgeführt. Da bei der schwer und chronisch depressiv erkrankten Patientengruppe sowohl die Abnahme der Depressivität (im Sinne eines kurzfristigen Therapieerfolges) als auch der Absolutwert der Depressionsausprägung über das Ende der Therapie hinaus (im Sinne eines längerfristigen Therapieerfolges) von Interesse sind, wurden Regressionsanalysen für beide Zielgrößen gerechnet. Besonderes Augenmerk soll allerdings auf den Messzeitpunkt der Nachuntersuchung (Follow-up nach drei Monaten) gelegt werden, da der Vorhersagewert der Parameter für den Langzeiterfolg der Therapie natürlich von größtem Interesse sind.

##### **5.5.1.1. Was sind Prädiktoren für einen kurzfristigen Therapieerfolg?**

Kurzfristiger Therapieerfolg wurde an dieser Stelle anhand der Abnahme der Depressivität im Selbst- (BDI) und im Fremdrating (HAMD) über die Dauer der Therapie beurteilt (Prä-Post-Differenz).<sup>19</sup> Als Prädiktoren wurde die Veränderung der spezifischen Parameter Soziale Problemlösefähigkeit, präoperationale Denkstrukturen, Empathievermögen und Stimuluscharakter im Verlauf der Therapie eingesetzt.

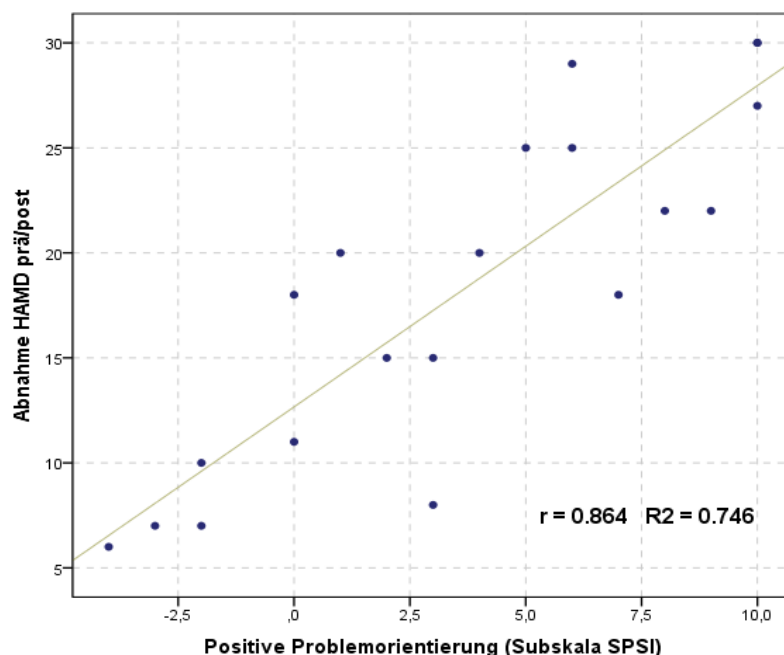
---

<sup>19</sup>Auf die Darstellung von Regressionsanalysen mit der Verbesserung der Lebensqualität im Prä-Post-Vergleich wurde an dieser Stelle verzichtet, da diese zur Beurteilung der Therapieresponse nicht von Relevanz sind und vorrangig im Langzeitverlauf interessant erschienen.

## Zusammenhänge der Prädiktorvariablen mit der Abnahme der Depressivität im Fremdrating (HAMD)

Für die Abnahme der Depressivität in der Fremdbeurteilung (anhand der Werte des HAMD) zeigten sich besonders gute Zusammenhänge mit der Veränderung des Denkniveaus im LQPT und dem Sozialen Problemlösen (SPSI) im Bereich der *Positiven Problemorientierung*. Die Veränderung der Werte des LQPT zeigte einen starken Zusammenhang mit der Abnahme der Werte des HAMD ( $\beta = .753$ ). 56.7% ( $R^2 = .567$ ) der Streuung der Werte des HAMD konnten durch den LQPT erklärt werden. Noch besser zeigte sich nur der Zusammenhang mit der Unterskala *Positive Problemorientierung (PPO)* des Social Problem Solving Inventory (SPSI). Bei einem Regressionskoeffizienten von  $\beta = .864$  kann von einem sehr starken Zusammenhang ausgegangen werden, der 74,6 % ( $R^2 = .746$ ) der Varianz erklären konnte. In beiden Fällen konnte ein Signifikanzniveau von  $p < .001$  erreicht werden.

Der Zusammenhang von HAMD und *positiver Problemorientierung* ist in Abbildung 25 graphisch dargestellt.



**Abbildung 25:** Graphische Darstellung der Korrelation von HAMD im Prä/Post -Vergleich mit der Veränderung der Subskala Positive Problemorientierung (PPO) des Social Problem Solving Inventorys (SPSI)

Signifikante Zusammenhänge mit der Abnahme der Depressivität über die Therapie konnten darüber hinaus auch der Gesamtwert des SPSI ( $\beta = .686$ ;  $p < .01$ ) sowie dessen Unterskalen *Negative Problemorientierung* (NPO) ( $\beta = .689$ ;  $p < .01$ ) und *Vermeidung* (AS) ( $\beta = .474$ ;  $p < .05$ ) verzeichnen.



Die Skalen des Impact Message Inventory (IMI) sowie der Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) konnten keine signifikanten Korrelationen mit der Abnahme des HAMD aufweisen. Weitere Details sind Tabelle 14 zu entnehmen<sup>20</sup>

**Tabelle 14:** Regressionsanalysen mit den Werten des HAMD im Prä/Post-Vergleich

Prädiktor	B	SE	$\beta$	R <sup>2</sup>
LQPT	1.084	.223	.753	.567**
SPSI_ges	.32	.08	.686	.47*
SPSI_NPO	-1.075	.267	.689	.474*
SPSI_PPO	1.53	.21	.864	.746**
SPSI_AS	-.633	.277	.474	.225*
IMI_Feindselig_Submissiv	4.864	2.52	-.414	.171 <sup>+(0.07)</sup>

Anmerkungen: *B* unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) *SE* Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient *R*<sup>2</sup> Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz ( $p < 0.1$ ) *LQPT* Luebeck Questionnaire for recording preoperational Thinking *SPSI* Social Problem Solving Inventory Subskalen *NPO* Negative Problemorientierung *PPO* Positive Problemorientierung *ICS* Impulsivität/Nachlässigkeit *AS* Vermeidung *RPS* Rationales Problemlösen *IMI* Impact Message Inventory

### Zusammenhänge der Prädiktorvariablen mit der Abnahme der Depressivität im BDI

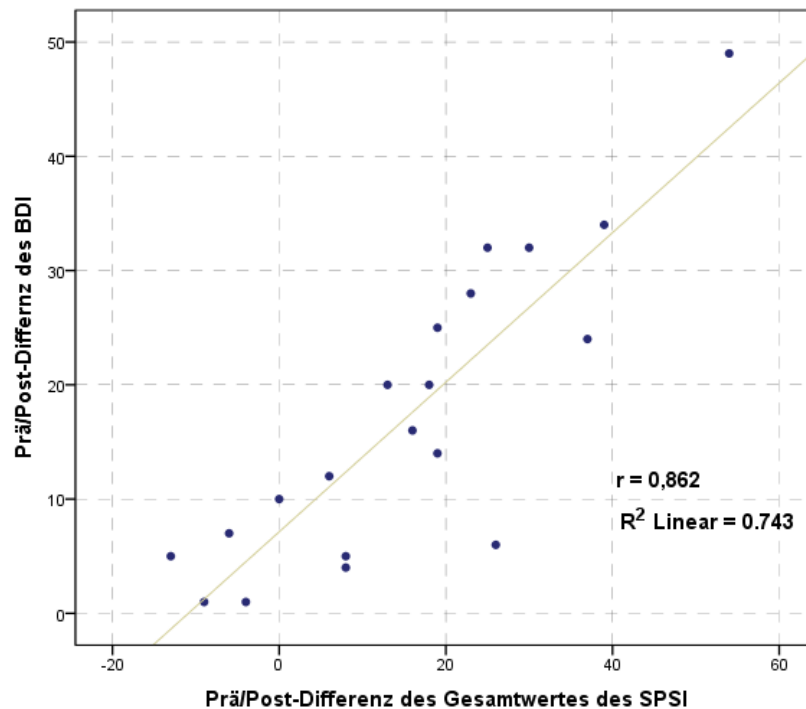
Ähnlich wie bei der Entwicklung des HAMD (prä/post) stellen sich die Zusammenhänge der Prädiktorvariablen mit der Depressivität in der Selbstbeurteilung im BDI dar. Hierbei zeigen sich besonders gute Korrelationen ebenfalls mit der Veränderung des Denkniveaus (LQPT), der Sozialen Problemlösefähigkeiten (Gesamtwert des SPSI) und deren Teilbereich *Negative Problemorientierung*.

Für die Veränderung des LQPT lag die Größe des Zusammenhangs bei  $\beta = .825$ . Der erklärte Anteil der Streuung der HAMD-Werte erreichte  $R^2 = .68$  ( $p < .001$ ). Die Soziale Problemlösefähigkeit gemessen am SPSI erreichte dabei eine Zusammenhangsstärke des Gesamtwertes von  $\beta = .862$  und einen Determinationskoeffizienten von  $R^2 = .743$  ( $p < .001$ ).

Dieser Zusammenhang ist in Abbildung 26 graphisch dargestellt.

Ebenfalls gute Zusammenhangsmaße zeigten die Subskalen des SPSI *Positive Problemorientierung* (PPO) und *Vermeidung* (AS) mit Regressionskoeffizienten von  $\beta = .698$  (PPO) und  $\beta = -.679$  (AS), beide auf .01 Niveau signifikant. Etwas schwächere aber immer noch signifikante Zusammenhänge zeigten sich mit der SPSI-Skala *Rationales Problemlösen* (RPS), sowie dem Stimuluscharakter in den Bereichen *freundlich*, *feindselig*/ *submissiv*, *dominant* und *freundlich/dominant* des IMI-R. Detaillierte Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in Tabelle 15 aufgeführt.

<sup>20</sup> Darin sind nur die signifikanten Zusammenhänge ausgewiesen. Die ausführliche Tabelle ist im Anhang ab S. 169 zu finden. Dies gilt auch für die folgenden Tabellen 15 bis 17



**Abbildung 26:** Graphische Darstellung der Korrelation von BDI im Prä/Post -Vergleich mit der Veränderung des Gesamtwertes des Social Problem Solving Inventorys (SPSI)

**Tabelle 15:** Regressionsanalysen mit den Werten des BDI im Prä/Post-Vergleich

Prädiktor	B	SE	$\beta$	$R^2$
LQPT	1.929	.312	.825	.68**
SPSI_ges	.655	.091	.862	.743**
SPSI_NPO	-2.09	.339	-.823	.678**
SPSI_PPO	2.009	.486	.698	.487*
SPSI_AS	-1.474	.366	-.679	.461*
SPSI_RPS	1.74	.635	.543	.294*
IMI_Freundlich	11.875	4.755	.507	.257*
IMI_Feindselig_ Submissiv	-9.065	3.962	-.475	.225*
IMI_Dominant	11.696	5.521	.447	.2*
IMI_Freundlich_ Dominant	9.11	4.224	.453	.202*

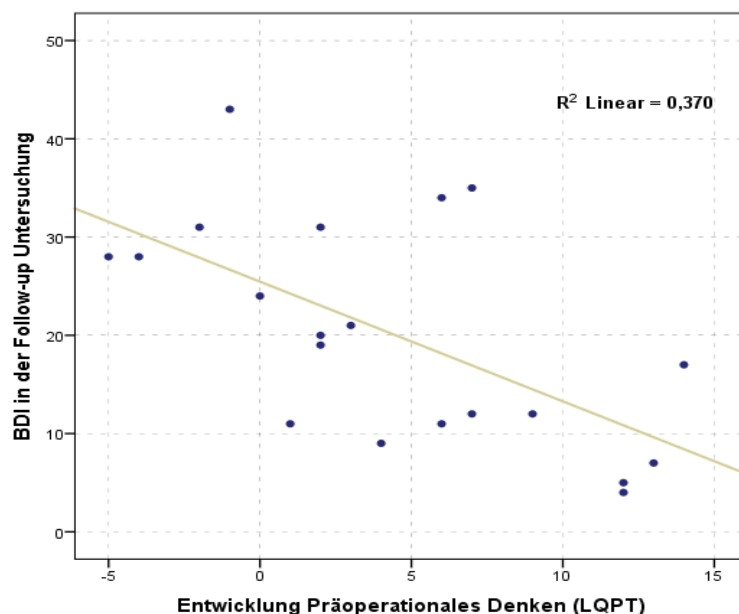
**Anmerkungen:** B unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) SE Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz Richtung Signifikanz ( $p < 0.1$ ) LQPT Luebeck Questionnaire for recording preoperational Thinking SPSI Social Problem Solving Inventory Subskalen NPO Negative Problemorientierung PPO Positive Problemorientierung ICS Impulsivität/Nachlässigkeit AS Vermeidung RPS Rationales Problemlösen IMI Impact Message Inventory

### 5.5.1.2. Was sind Prädiktoren für einen längerfristigen Therapieerfolg?

Um diese Frage zu beantworten, wurden Regressionsanalysen mit den Prä/Post-Differenzen der spezifischen Parameter sowie mit den erhobenen Follow-up Daten von Depressivität im Selbstrating (BDI) sowie Lebensqualität (WHOqol) drei Monate nach Entlassung gerechnet.

#### Zusammenhänge der Prädiktorvariablen mit den Werten des BDI in der Follow-up-Untersuchung

Für die Regressionsanalysen des BDI mit den Prädiktorvariablen zeigen sich eindeutige Zusammenhänge mit dem Denkniveau und der SPSI-Skala *Negative Problemorientierung* (NPO). Bester Zusammenhang ist hierbei derjenige mit dem Prädiktor Denkniveau (LQPT). Es zeigt sich dafür eine Zusammenhangsstärke von  $\beta = .608$  mit einem Maß für die erklärte Varianz von  $R^2 = .37$  ( $p < .01$ ). Dargestellt ist diese Korrelation in Abbildung 29.



**Abbildung 27:** Zusammenhang der BDI-Werte im Follow-up mit der Entwicklung des Denkniveaus (LQPT)

Einen ähnlich guten Zusammenhang weist die Unterskala des SPSI *Negative Problemorientierung* auf ( $\beta = -.571$ ,  $R^2 = .327$ ;  $p < .01$ ). Ein Signifikanzniveau wird darüber hinaus vom Gesamtwert des SPSI erreicht ( $\beta = -.556$ ,  $R^2 = .309$ ;  $p < .05$ ) sowie von der IMI-subskala *freundlich/dominant* ( $\beta = -.525$ ,  $R^2 = .276$ ;  $p < .05$ ). Alle anderen Parameter können zum Teil lediglich Trends Richtung Signifikanz aufweisen. Weitere Ergebnisse der Regressionsanalysen sind Tabelle 18 zu entnehmen.

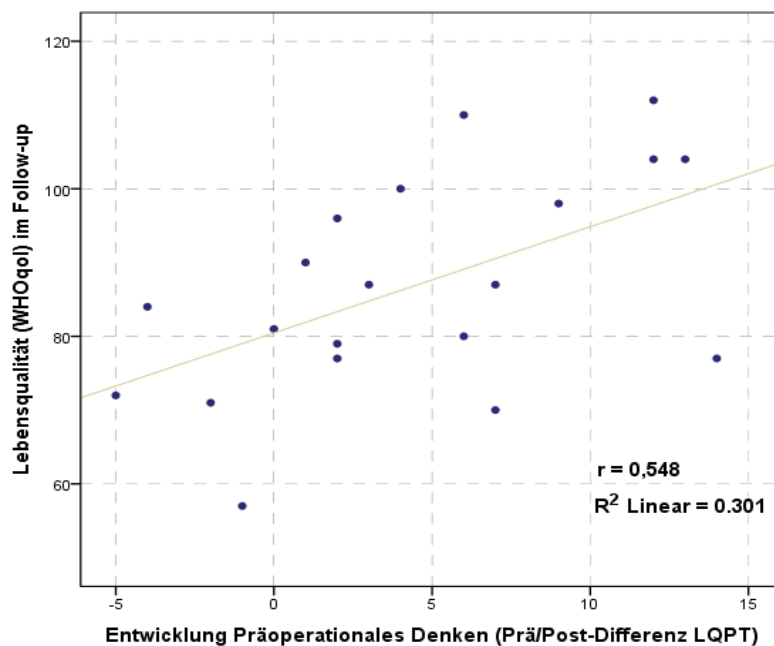
**Tabelle 16: Regressionsanalysen mit den Werten des BDI im Follow-up**

Prädiktor	B	SE	$\beta$	$R^2$
LQPT	1.218	.374	.608	.37*
SPSI_ges	.361	.127	-.556	.309*
SPSI_NPO	1.241	.420	.571	.327*
SPSI_PPO	-1.025	.528	-.416	.173 <sup>+(0.068)</sup>
SPSI_RPS	-1.09	.549	-.397	.158 <sup>+(0.083)</sup>
IMI_Freundlich_Submissiv	9.793	5.380	.394	.155 <sup>+(0.089)</sup>
IMI_Feindselig_Submissiv	7.001	3.481	.428	.184 <sup>+(0.06)</sup>
IMI_Dominant	-9.568	4.775	-.427	.182 <sup>+(0.06)</sup>
IMI_Freundlich_Dominant	-9.071	3.45	-.525	.276*

Anmerkungen: B unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) SE Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz Richtung Signifikanz ( $p < 0.1$ )

### Zusammenhänge der Prädiktorvariablen mit den Werten für Lebensqualität (im WHOqolBREF) in der Follow-up-Untersuchung

Im Bezug auf die Lebensqualität in der Nachuntersuchung drei Monate nach Therapieende zeigten sich für nur zwei Werte signifikante Zusammenhänge. Die Abnahme präoperationaler Denkstrukturen (siehe Abbildung 30) zeigte einen guten Zusammenhang mit steigender Lebensqualität im Follow-up ( $\beta = .548$ ,  $R^2 = .301$ ;  $p > .05$ ).



**Abbildung 28: Zusammenhang der Lebensqualität im Follow-up mit der Entwicklung des Denkniveaus (LQPT)**

Ebenfalls signifikant wurde der Zusammenhang mit der IMI-Achse *freundlich/dominant*. Hierbei konnte eine Korrelation von  $\beta = .50$  gezeigt werden, die ebenfalls auf  $p < .05$  Niveau signifikant wurde.

**Tabelle17:** Regressionsanalysen mit den Werten für Lebensqualität (WHOqol) im Follow-up

Prädiktor	B	SE	$\beta$	$R^2$
LQPT	1.439	.517	.548	.301*
SPSI_ges	.35	.183	.411	.169 <sup>+(.072)</sup>
SPSI_NPO	-1.241	.420	-.404	.164 <sup>+(.077)</sup>
IMI_Freundlich	8.688	5.842	.331	.109
IMI_Freundlich_Submissiv	-13.662	6.968	-.42	.176 <sup>+(0.066)</sup>
IMI_Freundlich_Dominant	11.274	4.606	.50	.25*

Anmerkungen: B unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) SE Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz Richtung Signifikanz ( $p < 0.1$ )

### 5.5.2. Was sind die besten Prädiktoren für das Therapieoutcome?

Um der Frage auf den Grund zu gehen, welche Faktoren den größten Einfluss auf das Therapieoutcome besitzen, wurden hierarchische schrittweise Regressionsanalysen gerechnet. Dabei wurden alle Faktoren mit einbezogen, die signifikante Unterschiede im Prä/Post-Vergleich zeigten und nach abnehmender Stärke der zuvor ermittelten Korrelation blockweise eingesetzt. Ähnliche Faktoren wurden in Blöcken zusammengefasst.

Da die Korrelationstestungen nach Pearson für die Veränderung des Denkniveaus gemessen am LQPT die besten Korrelationseffekte (bei linearen Regressionsanalysen gleich dem Regressionskoeffizienten  $\beta$ ) versprachen, wurde im ersten Block der Regression die Prä/Post Differenz des LQPT eingesetzt. In den zweiten Block wurden die Subskalen des Social Problem Solving Inventorys (SPSI) platziert, da sie zum Teil ebenfalls sehr gute Korrelationen mit den Zielparametern HAMD, BDI, QIDS und WHOqol zeigten. Auch einige Unterskalen des Impact Message Inventory (IMI) korrelierten mit den Zielwerten, weshalb sie in den dritten Block gesetzt wurden. Da das verwendete Maß für das Empathievermögen, der RMET, keine befriedigenden Korrelationen mit den Depressions- und Lebensqualitätswerten aufwies, wurde es aus dieser Testung herausgelassen.

### 5.5.2.1. Was sind die besten Prädiktoren für einen kurzfristigen Therapieerfolg?

Zur Testung, welche Parameter den besten Vorhersagewert für die Abnahme der Depressivität in der Fremdbeurteilung zeigten, wurde im Anschluss an das oben genannte Vorgehen die Differenz der Prä- und Postwerte des HAMD als abhängige Variable eingesetzt. Dabei konnten zwei Faktoren identifiziert werden, die zusammen 79,8 % ( $R^2 = .798$ ) an Varianz der Prä/Post-Differenz der HAMD-Werte erklären konnten. Das erste Modell mit der Abnahme präoperationaler Denkstrukturen als Einflussgröße (Prä/Post-Differenz LQPT) wurde signifikant ( $R^2 = .567$ ;  $p < .001$ ). Durch Hinzufügen des Faktors *Positive Problemorientierung* (PPO) als Teilbereich der Sozialen Problemlösefähigkeiten (SSPI) konnten weitere 23.1 % der Varianz aufgeklärt werden. Dieser Unterschied wurde ebenfalls signifikant ( $\Delta R^2 = .231$ ;  $p < .001$ ). Darüber hinaus gab es keine weiteren Faktoren, die zusätzlich zur Varianzaufklärung beitragen konnten. Die Zusammenfassung des Regressionsmodells zeigt Tabelle 20.

**Tabelle 18:** Prädiktoren für die Abnahme des HAMD im Prä/Post-Vergleich

	$\beta$	$R^2$	$R^2_{\text{kor}}$	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
<b>1. Modell</b>		.567	.543	23.585**	.567	23.585**
LQPT	.753					
<b>2. Modell</b>		.798	.775	33.65**	.231	19.493**
LQPT	.31					
SPSI_PPO	.654					

Anmerkungen: LQPT Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking SPSI\_PPO Social problem solving Inventory Subskala Positive Problemorientierung  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz)  $R^2_{\text{kor}}$  korrigierter Determinationskoeffizient  $\Delta R^2$  F F-Test (erklärte Varianz von Null verschieden?) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$

Für die gleiche Fragestellung im Bezug auf die Abnahme der Depressivität in der Selbstbeurteilung wurde die Differenz der Prä- und Postwerte des BDI als abhängige Variable eingesetzt. Dabei konnten ebenfalls zwei Faktoren identifiziert werden, die zusammen 80.3 % der Varianz aufklären konnten ( $R^2 = .803$ ) (vgl. Tabelle 21). Der erste Faktor, die Abnahme der Werte des LQPT zwischen der Prä- und der Post-Untersuchung, trug dabei schon zu 68% zur Varianzaufklärung bei, die Subskala des SPSI *Negative Problemorientierung* konnte darüber hinaus noch weitere 12.3 % der Varianz aufklären. Zusammengenommen können die beiden Einflussgrößen somit einen sehr guten Vorhersagewert für die Abnahme im BDI über die Dauer der CBASP-Therapie liefern.

**Tabelle 19: Prädiktoren für die Abnahme des BDI im Prä/Post-Vergleich**

	$\beta$	$R^2$	$R^2_{\text{korr}}$	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
<b>1. Modell</b>		.68	.662	38.258**	.68	38.258**
LQPT	.825					
<b>2. Modell</b>		.803	.78	34.713**	.123	10.652*
LQPT	.489					
SPSI_NPO	-.485					

Anmerkungen: LQPT Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking SPSI\_NPO Social problem solving Inventory Subskala Negative Problemorientierung  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz)  $R^2_{\text{korr}}$  korrigierter Determinationskoeffizient  $\Delta R^2$  F F-Test (erklärte Varianz von Null verschieden?) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$

### 5.5.2.2. Was sind die besten Prädiktoren für einen langfristigen Therapieerfolg?

Für die Vorhersage der Ausprägung von Depressivität (BDI) und der Lebensqualität (WHOqol) in der Nachuntersuchung 3 Monate nach Therapieende, also des langfristigen Therapieerfolges, stellte sich die Entwicklung des Denkniveaus über die Dauer der Therapie (Prä/Post-Differenz des LQPT) als bester und alleiniger Prädiktor heraus. Kein anderer Parameter konnte darüber hinaus zu einer Aufklärung der Varianz beitragen.

Im Falle des BDI (siehe Tabelle 24) konnten dabei eine Varianzaufklärung von 37% ( $R^2 = 0.37$ ) erreicht werden. Der Regressionskoeffizient zeigte mit  $\beta = .608$  einen guten Zusammenhang an, der mit  $p = .004$  hochsignifikant wurde.

**Tabelle 20: Prädiktoren für die Werte des BDI in der Follow-up-Untersuchung**

	$\beta$	$R^2$	$R^2_{\text{korr}}$	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
<b>1. Model</b>		.37	.335	10.58*	.37	10.58*
LQPT	-.608*					

Anmerkungen: LQPT Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz)  $R^2_{\text{korr}}$  korrigierter Determinationskoeffizient  $\Delta R^2$  F F-Test (erklärte Varianz von Null verschieden?)

\* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$

Für die Lebensqualität zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (Tabelle 25) zeigte sich ein ebenfalls guter Vorhersagewert der Abnahme präoperationaler Denkstrukturen im Therapiezeitraum ( $\Delta$ LQPT Prä/Post). 30.1% der Varianz konnten durch den Parameter erklärt werden. Der Zusammenhang ist mit  $\beta = .548$  als gut zu bewerten und wurde mit  $p = .012$  signifikant.

**Tabelle 21: Prädiktoren für die Lebensqualität (WHOqol) in der Follow-up-Untersuchung**

	$\beta$	$R^2$	$R^2_{\text{korr}}$	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
<b>1. Model</b>		.301	.262	7.736*	.301	7.736*
LQPT	.548					

Anmerkungen: LQPT Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz)  $R^2_{\text{korr}}$  korrigierter Determinationskoeffizient  $\Delta R^2$  F F-Test (erklärte Varianz von Null verschieden?) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$

## 5.6. Explorative Untersuchung: Einfluss von Persönlichkeitsstörungen oder Traumatisierungen auf Therapieoutcome?

Um den Einfluss von Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen auf die Wirksamkeit der Therapie zu ermitteln, wurden Semipartialkorrelationen gerechnet. Für den Zusammenhang des Therapieoutcomes mit möglichen Traumatisierungen wurde eine Semipartialkorrelation mit dem Ausmaß der Traumatisierungen gemessen am Gesamtwert des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) und dem HAMD-24 bzw. BDI-II Wert zu T<sub>2</sub> und der Follow-up-Untersuchung des BDI-II durchgeführt und als Kontrollvariable Werte von HAMD-24 oder BDI-II von T<sub>0</sub> eingesetzt.

Dabei ergab sich kein signifikanter Zusammenhang mit dem Therapieoutcome, weder zum Zeitpunkt der Post-Untersuchung noch im Follow-up für die Depressivität in Selbst- und Fremdbeurteilung. Beispielsweise zeigte sich ein Zusammenhang von -.2 mit den Werten des BDI-II ( $p = .411$ ).

**Tabelle 22:** Semipartialkorrelation von Traumatisierung mit potentieller Wirksamkeit

Kontrollvariable		CTQ
HAMD-24 (T <sub>0</sub> )	HAMD-24 (T <sub>2</sub> )	-.059
BDI-II (T <sub>0</sub> )	BDI-II (T <sub>2</sub> )	-.20
BDI-II(T <sub>0</sub> )	BDI-II (Follow-up)	.02

Anmerkungen. CTQ Childhood Trauma Questionnaire, HAMD-24 Hamilton Depressionsratingskala, BDI II Beck Depressionsinventar

Auch das Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen zeigte keinen signifikanten Einfluss auf Response- und Remissionsrate. In Semipartialkorrelationen mit der Anzahl an vorhandenen Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II-Interview, HAMD und BDI zum Zeitpunkt T<sub>2</sub> (Kontrollvariable T<sub>0</sub>-Werte ebendieser) konnte ein Signifikanzniveau von  $p = .05$  nicht erreicht werden. Mit einer Korrelation von .367 für die Werte des HAMD-24 zu T<sub>2</sub> ( $p = .124$ ) ist lediglich eine schwache Tendenz zu erkennen.

Was allerdings auffiel, war das schlechte Ansprechen auf die Therapie von Patienten mit Anteilen einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Zwei von drei Patienten mit Anteilen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung respondierten kaum oder gar nicht auf die durchgeführte Therapie.

**Tabelle 23:** Semipartialkorrelation von Persönlichkeitsstörungen (N) mit potentieller Wirksamkeit

Kontrollvariable		Anzahl PS nach SKID-II
HAMD-24 (T <sub>0</sub> )	HAMD-24 (T <sub>2</sub> )	.367
BDI-II (T <sub>0</sub> )	BDI-II (T <sub>2</sub> )	.313
BDI-II(T <sub>0</sub> )	BDI-II (Follow-up)	.239

Anmerkungen SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview 2 PS Persönlichkeitsstörungen, HAMD-24 Hamilton Depressionsratingskala, BDI II Beck Depressionsinventar II



## **6. Diskussion**

Mit vorliegender Studie sollten die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der neuen störungsspezifischen Gruppenpsychotherapie CBASP DO! unter naturalistischen Bedingungen im stationären Rahmen am Studienstandort des Universitätsklinikum Marburg untersucht werden. Die Gruppentherapie ist eine Adaptation des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von James McCullough, ein ursprünglich für den Einzeltherapierahmen entwickeltes Konzept zur Behandlung chronisch depressiver Patienten. Im Rahmen der Studie sollte zusätzlich eine Annäherung an die Theorie McCulloughs gewagt werden, die der Therapie zugrunde liegt. Für den ambulanten Bereich liegen für das Therapiekonzept in Einzeltherapie bereits gute Wirksamkeitsnachweise vor. Wenngleich das Gruppenprogramm mittlerweile in mehreren Kliniken eingesetzt wird, wurde das Konzept bislang im stationären Rahmen und als Gruppentherapie kaum untersucht. Erkenntnisse zum theoretischen Fundament und mögliche Prädiktoren liegen für das stationäre Konzept bislang nicht vor.

### **6.1. Interpretation der Ergebnisse**

Mit diesem Kapitel sollen die vorliegenden Ergebnisse in den Kontext aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse eingeordnet und vor diesem Hintergrund interpretiert werden. Dabei soll entlang der formulierten Fragestellungen (vgl. Kapitel 3) vorgegangen und diese sukzessive beantwortet werden.

#### **6.1.1. Potentielle Wirksamkeit der CBASP-Gruppentherapie**

Aufgrund des Studiendesigns als reine Prä-Post-Studie mit naturalistischer Vorgehensweise und der damit einhergehenden Einschränkungen der Generalisierbarkeit der Studienergebnisse sowie weiterer Limitationen (siehe Kapitel 6.3.) wird im Folgenden der Begriff der „Potentiellen Wirksamkeit“ verwendet, was implizieren soll, dass die Ergebnisse nur mit Vorsicht und unter gewissen Vorbehalten zu interpretieren sind.

In diesem beschriebenen Rahmen scheint die potentielle Wirksamkeit der CBASP-Gruppentherapie allerdings vielversprechend. Die depressive Symptomatik konnte in der Selbstbeurteilung ( $\Delta$ BDI Prä/Post)) hochsignifikant ( $p < .001$ ) um 51.96% bzw. um

46,33 % im QIDS gesenkt werden, ebenfalls mit hochsignifikanter Abnahme. Die Scores des Fremdbeurteilungsmaßes der Depressivität (HAMD-24) verminderten sich sogar um 61,76% ( $p < .001$ ). Die Effektstärken lagen nach Cohen zwischen Werten für  $d$  von 2.84 in der Fremd- und 1.5 in der Selbstbeurteilung. Somit kann die Fragestellung 1.1.1. nach einem Rückgang der depressiven Symptomatik positiv beantwortet werden. Beispielsweise im Vergleich zur Studie von Backenstraß et al. (2001), die mit ähnlichem Design und ähnlicher durchschnittlicher Anzahl an Gruppensitzungen (20 im Vergleich zu 19 in dieser Studie) eine gut etablierte KVT-Gruppentherapie für depressive Patienten untersuchten, können die ermittelten Effektstärken für die CBASP-Gruppentherapie durchaus mithalten. Diese lagen mit  $d = .99$  in der Selbst- und 1.64 in der Fremdbeurteilung sogar etwas unter den ermittelten Werten für vorliegende Studie. Auch wenn die Effektstärken für Studien im Prä-Post-Design leicht überschätzt werden können, zeigt dieser Vergleich, dass es sich dennoch um eine gute Abnahme der Depressivitätsscores handelt.

Vergleichbar sind auch die Effektstärken einer großen multizentrischen Studie an depressiven Patienten im stationären Rahmen, die Werte von 2.3 für die Abnahme der HAMD und 1.5 für den BDI verzeichneten (Härter et al., 2004). Beachtlich ist bei beiden Vergleichen, dass es sich in erwähnten Studien um Erhebungen an vornehmlich episodisch depressiv erkrankten Patienten handelt, die im Allgemeinen als leichter erfolgreich zu behandeln gelten.

Insofern scheinen die in dieser Studie erzielten Effektstärken trotz der kleinen Stichprobe vielversprechend und zeigen sich konsistent mit denjenigen von Brakemeier et al. (2015), die in ihrer stationären CBASP-Studie ebenfalls eine Effektstärke von  $d = 2.5$  für die Abnahme des HAMD (24) ermittelten.

Remissionsraten lagen für HAMD und BDI jeweils bei 60%, für den QIDS allerdings nur bei 40%. Diese relativ unterschiedlichen Ergebnisse könnten sich damit erklären lassen, dass sich die Fragen des QIDS in größerem Umfang auf die Symptome des somatischen Syndroms beziehen, die sich im Remissionsprozess langsamer zurückbilden und eventuell von CBASP weniger beeinflusst werden. Zudem sind mit einem Remissionskriterium von  $\leq 5$  Punkten die Voraussetzungen enger gefasst als für HAMD und BDI. Die Remissionsraten von BDI und HAMD liegen mit 60% um einiges höher als bei den meisten anderen CBASP-Studien (beispielsweise Keller et al., 2000; Brakemeier et al., 2015; Schramm et al., 2015 mit Remissionsraten etwa um 40%). Das könnte am offenem Design mit nicht vordefiniertem Therapiezeitraum liegen. In den erwähnten Studien erhielten Patienten eine festgelegte Anzahl an Therapiesitzungen. Auch dies könnte die These unterstützen, dass eine individuell

angepasste Therapiedauer und nach Bedarf fortgesetzte Therapie Vorteile für ein verbessertes Outcome bringen.

Mit einer Responderate von 70% im HAMD (und 65% im BDI) liegt die Zahl der Patienten mit erfolgreichem Ansprechen auf die Therapie dagegen niedriger als die in der Studie von Keller et al. (2000) erzielten Rate von 85% in der Kombination von Nefazodon und Psychotherapie. Als Ursache dafür ist anzunehmen, dass die dortige Stichprobe, die im ambulanten Rahmen behandelt wurde, nicht so schwer erkrankt war wie die in dieser Arbeit beschriebene stationär behandelte Patientengruppe. Zwar wird der Schweregrad der aktuellen depressiven Episode in der Keller-Studie nicht ausdrücklich beschrieben, doch wäre die in vorliegender Studie behandelte Patientengruppe mit einem Anteil von 65% schwerer depressiver Episoden kaum ambulant führbar gewesen. Vergleichen lässt sich der bei beiden Studien erhobene GAF-Score. In vorliegender Studie lag dieser zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung bei durchschnittlich 48.38 Punkten, in der Studie von Keller et al. (2000) bei 54.0 Punkten. Das schlechtere Funktionsniveau spricht dafür, dass die eingeschlossenen Patienten auch schwerer depressiv erkrankt, insofern schwieriger zu behandeln waren und entsprechend mit niedrigeren Responderaten zu rechnen ist. Im Auge zu behalten ist zudem, dass bei der niedrigen Patientenzahl bereits Einzelfälle Auswirkung auf das Ergebnis haben können.

Als weiterer Aspekt zur Beurteilung der Wirksamkeit der Intervention wurde die Entwicklung der Lebensqualität herangezogen. Auch diese konnte im Therapieverlauf hochsignifikant um ca. 25% im Bezug auf den Gesamtwert gesteigert werden. Ebenso verbesserte sich die empfundene Lebensqualität in allen erfassten Unterpunkten. Am geringsten aber immer noch signifikant verbesserte sich die Skala *Umweltbedingungen*, was nachvollziehbar erscheint, da dieser Aspekt den durch eine Psychotherapie am wenigsten zu beeinflussenden Faktor darstellt. Zudem lag sie bereits vor Therapie am höchsten. Besonders stark war die Veränderung erwartungsgemäß im Bereich der psychischen Lebensqualität, gefolgt von der Kategorie der physischen Lebensqualität.

Somit lässt sich die Fragestellung 1.1.2. ebenso eindeutig positiv beantworten: Die stationäre CBASP-Therapie führt zu einer Verbesserung der subjektiv empfundenen Lebensqualität.

Betrachtet man die Entwicklung der Lebensqualität in den vier Domänen im Bezug auf die von Skevington et al. (2004) definierte Grenze von 12 Punkten, die gute von schlechter Lebensqualität trennt, liegen zum Zeitpunkt  $T_0$  alle Skalen (außer die der Umweltbedingungen) unterhalb dieser Marke. Nach Therapie zum Zeitpunkt  $T_2$

konnten sämtliche Skalenwerte in den Bereich über 12 Punkten angehoben werden und sprechen somit für eine deutlich gesteigerte Lebensqualität.

Beachtenswert ist auch die Tatsache, dass die Subskala *soziale Beziehungen* im Zeitraum nach der Therapie zwischen T<sub>2</sub> und der Follow-up-Untersuchung sogar noch zunahm. Zwar erlangte diese Veränderung kein Signifikanzniveau, könnte jedoch auf die Tendenz hinweisen, dass die CBASP-Therapie eine längerfristige Wirksamkeit im Bezug auf allgemeine Beziehungsgestaltung entfaltet. So könnte es sein, dass sich in Situationsanalysen gelerntes effektiveres Agieren in sozialen Situationen durch häufiges Üben und eine vermehrte Anwendung im Alltag verfestigt und somit über einen längeren Zeitraum gesehen ihre Wirkung entfaltet.

### **6.1.2. Umsetzbarkeit**

Für die Bewertung der Umsetzbarkeit sollten drei Aspekte beurteilt werden; zum einen, ob die Patienten mit der Therapie zufrieden waren, wie hilfreich die Patienten die Therapie empfanden und wie hoch sich die Dropoutrate darstellte.

Die erste Frage sollte anhand des ZUF-8 und des Patientenevaluationsbogens beantwortet werden. Insgesamt zeigte sich eine gute bis sehr gute Zufriedenheit. Im ZUF-8 erhielt die Frage, ob die Therapie geholfen habe mit den eigenen Problemen umzugehen, besonders gute Bewertungen. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass der Therapieschwerpunkt der CBASP-Gruppentherapie auf einem effektiveren Umgang mit interpersonellen Problemen durchaus den Bedarf der chronisch depressiven Patienten widerspiegelt und als hilfreich empfunden wird.

Der Gesamtwert des Patientenevaluationsbogens kann zwar nur deskriptiv behandelt werden, drückt mit durchschnittlich 69.45 von 85 möglichen Punkten aber ebenfalls eine gute Bewertung der Gruppentherapie aus.

Diese Ergebnisse zeigen sich auch in Analogie zur Studie von Härter et al. (2004), die für eine sehr große episodisch depressiv erkrankte Stichprobe anhand des ZUF-8 gute bis sehr gute Zufriedenheitswerte mit erhaltener stationärer Therapie ermittelten. Dass dies mit der CBASP-Gruppentherapie auch für eine chronisch depressiv erkrankte Gruppe erreicht werden kann, die in der Regel mit niedrigeren Zufriedenheitswerten aufwartet, ist ein weiteres Indiz für die gute Praktikabilität des neuen Therapieansatzes für dieses Patientenlientel.

Insgesamt kann man zu Fragestellung 1.2.1. sagen, dass die Gruppentherapie von den Patienten durchweg gut angenommen wurde und die allgemeine Zufriedenheit der Patienten als gut bis sehr gut zu bewerten ist. In diesem Punkt scheint die

Gruppentherapie also gut umsetzbar zu sein, da sie auf große Akzeptanz der Patienten stößt.

Die Anzahl der Gruppensitzungen pro Woche erleben die Patienten mit 2 durchgeführten Sitzungen in 75% als optimal. Diese Zahl ist erheblich höher als die 33.33%, die bei Strunk et al. (2010) ermittelt wurde. In dieser Stichprobe wurde in den meisten Studienzentren mit einer Sitzungsfrequenz von einer Sitzung pro Woche gearbeitet und diejenigen Patienten aus Zentren, die bereits zwei Sitzungen pro Woche anboten, zeigten sich in diesem Punkt signifikant zufriedener. Die Einhaltung einer Sitzungsfrequenz von mindestens zwei Sitzungen pro Woche sollte also in jedem Fall angestrebt werden.

Insgesamt waren 70% der Patienten der Meinung, die Gruppentherapie habe die anderen Therapieansätze und zusätzliche Angebote *gut ergänzt*. Die übrigen 30% meinten, die Gruppentherapie habe andere Therapien *nicht gestört*. *Dieses Ergebnis* könnte darauf hindeuten, dass die Idee von CBASP als gesamtstationäres Konzept zwar in einigen Punkten durchgeführt wird, allerdings noch konsequenter umgesetzt werden könnte und nach Freiburger Vorbild mehr CBASP-spezifische Elemente auch außerhalb der Gruppen- und Einzeltherapien einbezogen werden könnten (z.B. sollte auch Pflegepersonal, insbesondere die Bezugspflege, die Übertragungshypothesen kennen und darauf reagieren können. Aber auch in anderen Therapiebausteinen könnten möglicherweise noch mehr CBASP-Elemente integriert werden).

Die Frage, wie hilfreich die angebotene Therapie für die Patienten war, kann einerseits anhand des entsprechenden Items aus dem Patientenevaluationsbogen beurteilt werden (*"Die CBASP-Gruppentherapie ist für mich hilfreich."*). Dies wurde von den Patienten im Schnitt mit 4.45 von 5 möglichen Punkten bewertet, was ein sehr gutes Maß an praktischer Hilfestellung der Therapie für die Patienten impliziert. Zum anderen erhielten auch die wichtigsten Therapieelemente Situationsanalyse und Kiesler-Kreis-Training von den Patienten sehr hohe Bewertungen, was auf den insgesamt sinnvollen Aufbau der Gruppentherapie hindeutet, der von den Patienten augenscheinlich als hilfreich empfunden wird. Somit lässt sich auch hinsichtlich der Fragestellung 1.2.2. ein positives Urteil treffen.

Die einzige Bewertung, die sich nicht zur Gänze in die sonst durchweg positive Bewertung einreicht, ist die Beurteilung des eigenen Engagements der Gruppenteilnehmer zwischen den Sitzungen. Wichtiges Ziel von CBASP ist die direkte Übertragbarkeit der Lerninhalte auf alltägliche Situationen und die selbstständige Anwendung von Situationsanalysen außerhalb der Therapiezeit. Dieser Aspekt scheint noch nicht in vollem Umfang wirksam zu werden. Eventuell sollte noch ein größerer

Schwerpunkt auf die Motivation der Teilnehmer gelegt werden, auch zwischen den Sitzungen selbstständig zu üben, um eine Übertragung auf den folgenden Alltag zu erleichtern und zu fokussieren.

Ebenfalls als Kriterium zur Beurteilung der Umsetzbarkeit der CBASP-Gruppentherapie soll die Drop-out-Rate herangezogen werden (vgl. Fragestellung 1.2.3). Diese lag in vorliegender Studie bei 13%. Zwar ist diese Rate höher als beispielsweise bei Brakemeier et al. (2015), die mit 7.1% eine sehr niedrige Drop-out-Rate verzeichneten, dennoch zeigt sich diese insbesondere für eine Studie an chronisch depressiven Patienten immer noch vergleichsweise niedrig. In Studien, die chronisch depressive Patienten mit etablierten Therapien für affektive Störungen behandelten, lagen die Raten durchweg höher zwischen 16 und 20 % (Dunner et al., 1996; Miller et al., 1999; Schaub et al., 2007; Schramm et al., 2008).

Insofern kann auch unter Berücksichtigung der Abbrecherquote eine gute Umsetzbarkeit der CBASP-Gruppentherapie angenommen werden.

#### **6.1.3. Post-stationärer Verlauf**

Insgesamt zeigte sich nach den Kriterien, die Rückfälle anhand von erneuten stationären Aufnahmen, anhand der Notwendigkeit einer Änderung der medikamentösen Regimes oder anhand eines Suizidversuches definieren, eine sehr niedrige Rückfallrate von 5%. Dies entsprach in der Stichprobe einem Patienten, der allerdings geplant erneut aufgenommen wurde. Wenn man sich von diesen „harten“ Kriterien entfernt und die Ergebnisse für BDI und Lebensqualität der Follow-up-Untersuchung betrachtet, zeigt sich ein etwas modifiziertes Bild.

Erfahrungsgemäß berichten viele Patienten nach der Entlassung aus einer stationären Therapie, dass der Wiedereinstieg in den Alltag und die Übertragung der Lerninhalte aus dem geschützten Rahmen der Psychiatrie auf alltägliche Situationen sehr schwierig sei. Auch in dieser Studie war dies zu beobachten. Beschriebenes Phänomen spiegelt sich in einer leichten Verschlechterung der depressiven Symptomatik im Zeitraum von 3 Monaten nach Entlassung und einer leichten Abnahme der Lebensqualitäts-Domänen *Psychische QOL* und *Physische QOL* wider. Zwar wurden die Verschlechterungen statistisch nicht signifikant, allerdings erfüllten nach drei Monaten nur noch 40 % der Patienten das Remissionskriterium von einem BDI <13 Punkten (bei Entlassung waren es 60%).

Zu Fragestellung 2 lässt sich dementsprechend sagen, dass die Rate der eindeutigen Rückfälle drei Monate nach Entlassung sehr niedrig bei 5% lag, dennoch im Verlauf nach Entlassung eine leichte aber eindeutige Verschlechterung der depressiven

Symptomatik zu verzeichnen war. Daraus lässt sich ableiten, dass, wenngleich in dem kurzen Nachbeobachtungszeitraum so gut wie keine manifesten Rückfälle auftraten, die Entwicklung dafür spricht, dass eine konsequentere Nachbetreuung der Patienten sinnvoll wäre. Brakemeier et al. (2013) schlagen dafür zum Beispiel ein computergestütztes Programm (sogenanntes CBASP@home) vor, bei dem die Patienten zur Festigung des Gelernten eigenständig von zu Hause aus Situationsanalysen durchführen können, die dann von Therapeuten anschließend schriftlich kommentiert werden. (Brakemeier et al., 2013). Andere Ansätze sind achtsamkeitsbasierte Verfahren zur Sicherung des dauerhafteren Therapieerfolgs.

So konnten auch Schramm et al. (2017) durch eine Nachbehandlungsphase von 28 Wochen mit 4-wöchigen Sitzungen nach 20-wöchigem akut-ambulanter Behandlungsphase im Nachbeobachtungszeitraum sogar eine weitere Verbesserung der depressiven Symptomatik verzeichnen.

Vergleichbare Vorgehen mit Übergangsprogrammen nach stationärer Therapie wären wohl auch in Marburg zur fortgesetzten Übung von CBASP-Methoden und einer Festigung der Therapieinhalte sowie erleichterter und angeleiteter Übertragung auf Alltagssituationen sinnvoll.

#### **6.1.4. Traumatisierung und Persönlichkeit**

Mit 75% traumatisierten Patienten insgesamt und zusammengekommen 40% der Patienten mit der Angabe von schweren Traumatisierungen liegt eine Stichprobe vor, die in hohem Maße Traumatisierungen erlebt hat, ganz besonders im Bereich des emotionalen Missbrauchs (70%). Analog dazu ist die vorliegende Patientengruppe durch einen überwiegenden frühen Beginn der depressiven Erkrankung (early-onset) geprägt (70%) und bestätigt damit die in anderen Untersuchungen beschriebenen Patientenzusammensetzungen (vgl. z.B. Brakemeier et al., 2015; Nemeroff et al., 2003; Schramm et al., 2015). Insbesondere die hohe Rate an Patienten, die emotional missbraucht wurden, deckt sich mit den Aussagen von Bernet & Stein (1999) sowie Zlotnick, Warshaw, Shea, & Keller (1997), die Traumatisierungen im emotionalen Bereich als Prädiktor für häufige depressive Episoden und chronische Verläufe der Depression beschreiben. Ebenso geht McCullough (2006) davon aus, dass in den häufigsten Fällen chronischer Depressionen emotionale Traumatisierungen als Ursache eines emotionalen Entwicklungsstillstandes fungieren, der maßgeblich zur Depressionsentwicklung beiträgt. Auch die in dieser Studie gefundene hohe Traumatisierungsrate im Zusammenhang mit ermittelten interpersonellen

Defiziten könnte als Indiz gesehen werden, das diese Annahme stützt (vgl. Kapitel 5.4. und 5.5.)

In der Literatur gibt es starke Anhaltspunkte dafür, dass eine erlebte kindliche Traumatisierung Einfluss darauf hat, wie gut chronisch depressive Patienten auf eine Therapie mit CBASP ansprechen. Das wichtigste Beispiel dafür ist die Sekundäranalyse der Keller-Studie von Nemeroff et al. (2003), die zeigen konnte, dass traumatisierte Patienten signifikant besser von einer Psychotherapie mit CBASP profitierten als von einer medikamentösen Therapie und darüber hinaus besser auf CBASP reagierte als der Rest der Stichprobe. Diese Beobachtung konnte in unserer Stichprobe nicht wiederholt werden. Es bestand lediglich ein sehr schwacher negativer Zusammenhang der Depressivitätswerte in der Selbstbeurteilung zu T<sub>2</sub>, deutlich entfernt davon, ein statistisches Signifikanzniveau zu erreichen. In der Follow-up-Untersuchung ist dieser Effekt vollständig aufgehoben. Die Fragestellung 3.1. nach dem Einfluss von Traumatisierungen auf das Therapieoutcome ist dementsprechend mit der Aussage zu beantworten, dass diesbezüglich keine eindeutigen Korrelationen zu eruieren waren.

Dieser fehlende Zusammenhang könnte darin begründet liegen, dass die Stichprobe insgesamt ein sehr hohes Maß an Traumatisierungen aufwies und insofern die Gruppe der Nicht-Traumatisierten sehr klein war. Zudem sind die traumatisierten Patienten besonders in der beschriebenen stationären Stichprobe aufgrund des frühen Erkrankungsbeginns sehr schwer erkrankt und infolge dessen auch schwieriger zu behandeln, weshalb bei einer etwa dreimonatigen Behandlungsdauer die Unterschiede zwischen den Gruppen eventuell nicht sichtbar werden. Da darüber hinaus die medikamentöse Therapie nicht kontrolliert wurde, könnten die Gruppe der Traumatisierten und der Nicht-Traumatisierten auf unterschiedliche Aspekte der Therapie angesprochen haben, was aufgrund des Studiendesigns nicht nachvollzogen werden kann. Um diesen von Nemeroff (2003) beschriebenen Aspekt eindeutig zu überprüfen, wären eine größere Stichprobe sowie randomisiert-kontrollierte Studienbedingungen Voraussetzung.

Ebenfalls dem häufig beobachteten Bild chronisch depressiver Patienten entsprechend (vgl. Kapitel 2.1.3.), wies die Studienstichprobe ein hohes Maß an komorbiden Persönlichkeitsstörungen sowie auffällige Persönlichkeitszüge auf. Es bestand eine starke Ausprägung des Merkmals Neurotizismus und eine geringe des Merkmals Extraversion. Unter Neurotizismus sind unter anderem folgende Eigenschaften subsumiert, die das Bild depressiver und dysthymischer Züge zeichnen: Nervosität, Ängst-



ichkeit, Traurigkeit, Unsicherheit, Gesundheitssorgen, Neigung zu unrealistischen Ideen, unangemessene Reaktionen auf Stress (Borkenau, P. & Ostendorf, F., 1993). Auch geringe Extraversion begünstigt die Entstehung von chronischen Depressionen, beschreibt aber auch deren Folgen. Chronisch depressive Menschen leben zurückgezogen und losgelöst von ihrer Umwelt. Soziale Interaktionen fallen ihnen sehr schwer und all ihre Aufmerksamkeit ist ins Innere gerichtet (vgl. Borkenau, P. & Ostendorf, F., 1993).

Dem durchgeführten SKID-II Interview zufolge erfüllten 70% der Patienten die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung; 30% erfüllten die Kriterien für zwei oder mehr. Diese Ergebnisse zeigen sich konsistent mit den Stichprobeneigenschaften von Brakemeier et al. (2015), die in ihrer stationären, chronisch depressiven Stichprobe ebenfalls eine sehr hohe Rate an Persönlichkeitsstörungen beobachteten. Studien wie von Agosti et al. (2009) konnten zeigen, dass Persönlichkeitsstörungen die Wahrscheinlichkeit für eine Remission bei chronischen Depressionen signifikant senkten. Aus diesem Grund war auch für beschriebene Studie interessant, ob Persönlichkeitsstörungen die Response- und Remissionsraten auf die durchgeführte Intervention negativ beeinflusst haben. Bei der Beleuchtung dieses Aspektes konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Mit einer Korrelation von 0.367 für die Werte des HAMD-24 zum Zeitpunkt T<sub>2</sub> ( $p = .124$ ) ist lediglich eine schwache Tendenz zu erkennen. Deskriptiv konnte ein schlechtes Ansprechen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (in dieser Stichprobe N=3) auf die CBASP-Therapie erkannt werden. Diese Tatsache entspricht klinischen Erfahrungen in der CBASP-Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse lässt sich analog zu Fragestellung 3.2. ein Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen mit dem Ansprechen auf die Therapie ebenfalls verneinen. Auch diesbezüglich ist es möglich, dass aufgrund der hohen Rate an Persönlichkeitsstörungen Unterschiede zwischen den Gruppen nicht identifiziert werden konnten, da die Gruppe der Patienten mit unauffälliger Persönlichkeitsstruktur sehr klein war.

Obwohl Korrelationseffekte von Traumatisierungserfahrungen und Persönlichkeitsstörungen mit dem Therapieoutcome nicht zu beobachten waren, liegt insgesamt eine Stichprobe vor, die im Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale und Entstehung der Erkrankung ein sehr typisches Bild chronisch depressiver Patienten repräsentiert und zudem demonstriert, dass die vorliegenden schweren Verläufe auch in hohem Maße mit kindlichen Traumatisierungen und komorbiden Persönlichkeitsstörungen einhergehen.

### 6.1.5. Spezifische Effekte

Der eigentliche Schwerpunkt und der Neuheitswert dieser Arbeit liegen in der Untersuchung spezifischer Eigenschaften, die auf Grundlage der Theorie von James McCullough durch die Therapie beeinflusst und verändert werden sollten.

Nach McCullough liegen die Defizite chronisch depressiver Patienten in einem herabgesetzten Denkniveau im emotional-interpersonellen Bereich, was mit einer Entkopplung der Wahrnehmung von der Umwelt einhergeht und damit zu einer verminderten Fähigkeit führt, die eigene Wirkung auf andere zu erkennen, empathisch auf andere einzugehen und Probleme im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich effektiv zu lösen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Messinstrumente gewählt, die diese Konstrukte erfassen sollten. Gemessen wurden der Stimuluscharakter, das Ausmaß präoperationaler Denkstrukturen, die soziale Problemlösekompetenz sowie das Empathievermögen. Bei der Betrachtung der Entwicklung dieser Eigenschaften zeigte sich, dass sich alle erfassten Eigenschaften im Therapiezeitraum signifikant veränderten.

Der Stimuluscharakter wurde anhand des Impact Message Inventory (IMI) beurteilt. Dabei zeigten sich die größten Veränderungen im Bezug auf Verbesserungen in den Eigenschaftsbereichen *freundlich*, *dominant* und *freundlich/dominant*, sowie in einer Abnahme der Ausprägungen *feindlich/submissiv* sowie *submissiv*, die sich analog zum Kiesler Kreis interpretieren lassen (vgl. Kapitel 2.3.2.). Diese Veränderungen erwiesen sich mit  $p < .01$  als statistisch hochsignifikant. Lediglich die Bereiche Feindlich und Feindlich-Dominant verpassten knapp das Signifikanzniveau von  $p < .05$ , zeigten aber ebenfalls die eindeutige Tendenz in diese Richtung und würden mit einer hohen Wahrscheinlichkeit in einer größeren Stichprobe signifikant werden. Diese Ergebnisse entsprechen insgesamt dem Ziel von CBASP, im Laufe der Therapie die Fähigkeit zu vermitteln, bewusst den eigenen Stimuluscharakter beeinflussen zu können und zugunsten einer freundlich-dominanteren Haltung zu verändern. Damit kann die Grundlage für effektivere soziale Interaktionen geschaffen werden. Die Fragestellung 4.1. kann somit positiv beantwortet werden: die Patienten konnten zwischen Anfangs- und Enduntersuchung ihren Stimuluscharakter verändern. Wie schon durch die Patientenevaluation bestätigt, ist die Arbeit mit dem Kiesler Kreis eine gute Methode, um den Patienten ihre Wirkung auf andere zu verdeutlichen und eine Haltungs- und Verhaltensänderung zu bewirken.

Mit Hilfe des Impact Message Inventory konnte bereits in anderen Studien z.B. von Brakemeier et al. (2015) die Veränderbarkeit des Stimuluscharakters gezeigt werden.

In dieser Studie erwiesen sich die Veränderungen sogar als noch größer hin zu einer freundlich-dominanten Haltung, was sich leicht mit der größeren Patientenzahl von 70 eingeschlossenen chronisch depressiven Studienteilnehmern erklären lässt. Die Richtung der Entwicklung im Laufe der Therapie ist aber in dieser Studie deckungsgleich mit den gefundenen Veränderungen von Brakemeier und Kollegen.

Für die Beurteilung des präoperationalen Denkens wurde ein 2011 eigens zu diesem Zweck neu entwickelter Fragebogen herangezogen, der *Lübeck Questionnaire for Recording Preoperational Thinking* (LQPT). Bei der Auswertung zeigte sich eine Abnahme präoperationaler Denkmuster um durchschnittlich 37.55% ( $p = .003$ ). Das bedeutet, die Patienten wählten in vorgegebenen Situationen häufiger die differenziertere und zielführendere Handlungsoption, die aus einer weiterentwickelten, formal-operatorischen Denkweise resultiert. Das Denkniveau scheint insofern im Therapieverlauf veränderbar im Sinne einer Weiterentwicklung. Fragestellung 4.2. kann somit positiv beantwortet werden.

Dass die Veränderung im LQPT auf die CBASP-Therapie zurückzuführen ist, kann mit dem durchgeführten Studiendesign nicht belegt werden. Allerdings zeigten Kühnen et al. (2011) in der Validierungsstudie für ihren Fragebogen, dass eine chronisch depressive Patientengruppe im Bezug auf Denkniveau signifikant schlechter abschnitt als eine episodisch depressive Vergleichsgruppe sowie eine gesunde Kontrollgruppe. Auch Klein et al. (2015) verwenden den LQPT und zeigen trotz kleiner Stichprobe signifikante Unterschiede zwischen chronisch und episodisch Depressiven und gesunden Kontrollen (Chronisch Depressive: 14.33 Punkte; Episodisch Depressive: 15.93 Punkte; Gesunde Probanden: 19.40 Punkte). In vorliegender Stichprobe zeigte sich für den LQPT vor Beginn der Therapie ein durchschnittlicher Wert von 13.1 Punkten<sup>21</sup>. Berücksichtigt man die Tatsache, dass bei Klein et al. vorwiegend ambulante, weniger schwer erkrankte Patienten untersucht wurden, sind die Punktwerte für die chronisch depressive Gruppe durchaus vergleichbar. Dies stützt ebenfalls die These, dass die Defizite im Denkniveau für die chronische Depression spezifisch sind und die vorliegenden Ergebnisse vor diesem Hintergrund vorsichtig interpretiert werden können.

Um die Frage zu erörtern, ob sich das soziale Problemlöseverhalten durch die Therapie beeinflussen lässt, wurde das Social Problem Solving Inventory (SPSI-R) eingesetzt. Die Ergebnisse zeigten, dass sich der Gesamtscore sowie alle Subskalen

---

<sup>21</sup> Dieser Punktwert gilt unter Einbeziehung aller ursprünglich konstruierten Items des LQPT. In der eigentlichen Auswertung wurden aufgrund schlechter Trennschärfen zwei der 22 Items herausgenommen (vgl. Kapitel 5.4.2.)

(außer der Skala *Rationales Problemlösen* (RPS)) signifikant über die Zeit veränderten. Die stärksten Veränderungen zeigten sich dabei für den Gesamtwert sowie die Unterskalen *Negative Problemorientierung* (NPO) und *Positive Problemorientierung* (PPO), gefolgt von *Vermeidung* (AS). Dieses Ergebnis lässt sich so interpretieren, dass sich die Veränderung vor allem auf die Einstellung zu problematischen Situationen erstreckt und die Neuerung in einer aktiveren, lösungsorientierten Herangehensweise besteht. Vermeidungsverhalten wird abgebaut und Problemen als prinzipiell lösbar begegnet. Die Art und Weise, wie Probleme dann angegangen werden, scheint weniger beeinflusst zu werden. Impulsivität und Nachlässigkeit erscheint von Anfang an ein nachrangiges Problem zu sein; Rationales Problemlösen wird ebenfalls nicht primär beeinflusst, obwohl bei der strukturierten Art, wie das Vorgehen bei der Durchführung von Situationsanalysen vermittelt wird, gut vorstellbar ist, dass dieser Aspekt ebenfalls positiv beeinflusst werden könnte. Da dies nicht der Fall ist, bleibt zu erörtern, ob die Unterskala RPS nicht möglicherweise das falsche Mittel ist, um dieses Konstrukt zu messen (siehe Kapitel 6.3.3.). Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass bei den Patienten im Verlauf der Therapie ein guter Zugewinn an sozialer Problemlösekompetenz zu verzeichnen ist, der besonders in einer aktiveren Haltung der Patienten begründet liegt. Damit lässt sich auch Fragestellung 4.3. positiv beantworten.

Eine Studie von Klein et al. (2011) verwendete das gleiche Instrument, um das Problemlöseverhalten von chronisch depressiven Patienten zu vergleichen, die entweder CBASP, Supportive Psychotherapie (BSP) (jeweils in Kombination mit einer medikamentösen Therapie) oder eine medikamentöse Monotherapie erhielten. Interessanterweise zeigte sich bei dieser Untersuchung, dass in der CBASP-Gruppe grundsätzlich eine stärkere Verbesserung des sozialen Problemlöseverhaltens eintrat. Für die Skala, die in vorliegender Untersuchung die größte Entwicklung zeigte (*Negative Problemorientierung*), konnten keine Gruppenunterschiede gefunden werden. Dies wirft die Frage auf, ob die Reduktion der *Negativen Problemorientierung* nicht lediglich grundsätzlich im Rahmen einer Verminderung der Depressivität auftritt, aber insgesamt nicht auf einen CBASP-spezifischen Effekt zurückzuführen ist. Insgesamt drängt die Studie von Klein et al. (2011) generell diese Frage auf, da die Zusammenhänge zwischen der Abnahme der Depressivität und der Verbesserung des sozialen Problemlösens in allen drei Gruppen gleich groß waren.

Der letzte erhobene Parameter, der einen durch CBASP spezifisch beeinflussbaren Faktor darstellen soll, ist das Empathievermögen. Dieses sollte mit Hilfe des *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET) gemessen werden. Auch hierfür zeigte sich über

die Therapiedauer eine signifikante Veränderung, die mit 12.03% aber die niedrigste der beobachteten Entwicklungen darstellte. Dennoch kann die Fragestellung 4.4. bejaht werden, dass insgesamt eine Entwicklung des Konstrukts Empathie messbar ist.

Eine Studie von Wolkenstein et al. (2011) untersuchte Patienten mit episodischer Depression unter Anwendung des RMET auf ihre Fähigkeit hin, Emotionen zu decodieren. Dabei konnte kein signifikanter Unterschied zwischen gesunden und depressiven Probanden gefunden werden. Die Depressiven erkannten negative Gesichtsausdrücke sogar etwas besser. Dass sich im Verlauf der CBASP-Therapie die Ergebnisse des RMET signifikant verbessern konnten, könnte darauf hinweisen, dass zu Beginn der Therapie in der chronisch depressiven Gruppe durchaus ein Defizit bestand, das im Verlauf etwas ausgeglichen werden konnte. In der Studie von Wolkenstein zeigte sich bei den episodisch Depressiven ein durchschnittlicher Punktwert um 25 von 36 Punkten. In vorliegender Studie lag dieser Wert vor Therapie mit 22.8 Punkten etwas niedriger; nach Therapie liegt dieser mit 25.6 etwa im Durchschnitt der depressiven und gesunden Probanden der Stichprobe von Wolkenstein et al. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es lohnenswert sein könnte, in einer Studie chronisch und episodisch depressive Probanden mit dem RMET zu untersuchen und gegenüberzustellen.

Im Bezug auf alle vier erhobenen Parameter konnte bei fehlender Vergleichsgruppe nicht kontrolliert werden, ob die Verbesserung der spezifischen Eigenschaften auf die Therapie an sich zurückzuführen ist oder ob sie nicht generell mit der Abnahme der Depressivität eintritt. Da diese Parameter mit der Depressivität zum Teil hoch korreliert sind (siehe Kapitel 6.1.6.), lässt sich nur schwer klären, welche Veränderung die andere bedingt. Für die Klärung dieses Aspektes im Sinne einer Kausalitätsprüfung besteht eine Notwendigkeit für die Planung und Durchführung weiterführender Forschungsvorhaben.

#### **6.1.6. Explorative Untersuchungen: spezifische Parameter als Prädiktoren für Therapieoutcome?**

Die in Kapitel 6.1.5. beschriebenen Parameter wurden zur Überprüfung ihrer Prädiktoreigenschaften für das Therapieoutcome im ersten Untersuchungsschritt mit Depressivität und Lebensqualität korreliert. Die wichtigste Fragestellung bezog sich auf die Korrelationen mit den Werten des BDI und der Lebensqualität in der Follow-up-Untersuchung. Im Sinne des Pilotstudiencharakters wurde dieser Auswertungs-

schritt auch mit der Gesamtabnahme über den Zeitraum der Therapie hinweg gerechnet, wobei auch der HAMD mit einbezogen werden konnte. Insgesamt konnten hohe Korrelationen der beschriebenen Parameter mit den Zielvariablen ermittelt werden. Lediglich die Korrelationen des Empathievermögens (gemessen am RMET) mit den Zielparametern lieferten keine überzeugenden Ergebnisse. Alle anderen erhobenen Items, die spezifische, durch die CBASP-Therapie gelernte Fähigkeiten messen sollten, zeigten insgesamt oder in einzelnen Unterpunkten gute Korrelationen mit den Endpunkten Depressivität in Selbst- und Fremdrating sowie Lebensqualität.

Im Bezug auf den Stimuluscharakter (gemessen am IMI-R) konnten Korrelationen mit den Zielparametern besonders für die Subskalen *freundlich/dominant* und *feindselig/submissiv* beobachtet werden. Dies könnte die Annahme stützen, dass ein freundlicheres und dominanteres Auftreten und somit der Abbau feindlich-submissiver Verhaltensstrukturen zielführendere soziale Interaktionen ermöglicht und diese insgesamt zu geringerer Depressivität führen. Diese Zusammenhänge zeigten sich im Bezug auf die Prä-/Post-Abnahme sowie die Follow-up-Untersuchung zwar zum Teil signifikant, die Korrelationen waren aber nicht so ausgeprägt wie für andere gemessene Parameter (siehe unten). Die deutlichsten Korrelationen ergaben sich hierbei im Bezug auf die absoluten Depressionswerte nach Therapie. Dies könnte insofern auch bedeuten, dass die geringere Depressivität den freundlich-dominanteren und weniger feindselig-submissiven Stimuluscharakter bedingt, folglich also die Kausalitätskette andersherum verläuft. Wäre dies der Fall, wäre die Spezifität der Veränderung des Stimuluscharakters als eine durch die CBASP-Therapie geförderte Eigenschaft nicht gegeben. Dieser Fragebogen scheint sich aus dieser Logik heraus insgesamt für die Einschätzung des Therapieerfolges weniger gut zu eignen als Denkniveau und die sozialen Problemlösefähigkeiten, die im Folgenden beschrieben werden. Um diese Kausalitätsverhältnisse allerdings genauer einschätzen zu können, fehlen Untersuchungen, die chronisch und episodisch depressive Patienten hinsichtlich ihres Stimuluscharakters gegenüberstellen. Dennoch kann die Fragestellung 5.1. positiv beantwortet werden: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Veränderungen des Stimuluscharakters mit dem Therapieoutcome, besonders deutlich für die Zunahme der Achse *freundlich/dominant* und der Abnahme der Achse *feindlich/submissiv*.

Für die Entwicklung des Denkniveaus (gemessen am LQPT) konnten im Bezug auf alle Zielparameter signifikante bis zumeist hoch signifikante Zusammenhänge identif-

iziert werden. Eine Abnahme präoperationaler Denkstrukturen scheint somit sehr eng mit einer Abnahme der Depressivität und Verbesserung der Lebensqualität einherzugehen. Die Fragestellung 5.2. lässt sich also eindeutig positiv beantworten: Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Denkniveaus und dem Therapieoutcome. Die Stärke des Zusammenhangs zeigt sich für die Werte des Follow-ups, korreliert mit dem LQPT besonders gut und insgesamt besser als für alle anderen untersuchten Parameter. Ob die Verbesserung des Denkniveaus tatsächlich für die Therapieerfolge verantwortlich gemacht werden kann, lässt sich aufgrund dieser Untersuchung nicht nachvollziehen. In der Zusammenschau mit anderen Studienergebnissen (Klein et al., 2015; Kühnen et al., 2011) kann lediglich vermutet werden, dass das niedrige Denkniveau ein spezifisches Problem chronisch depressiver Menschen ist und CBASP spezifisch zu einer Anhebung des Denkniveaus führt, was den entscheidenden Therapiemechanismus darstellt. Für die Verifizierung dieser Aussage sind weitere Studienbemühungen notwendig. So müsste beispielsweise nachvollzogen werden, was die entscheidenden Faktoren und Therapieelemente sind, die zu einer Anhebung des Denkniveaus führen. Die Untersuchung von Klein et al. (2015) deutet bereits darauf hin, dass die Fähigkeit, effektiv Situationsanalysen durchzuführen eine Mediatorvariable zwischen präoperationalem Denken und Depressivität darstellt. Wie sich das mit den anderen Therapieelementen von CBASP verhält und ob sich diese Erkenntnisse auch im Verlauf einer CBASP-Therapie bestätigen lassen, bleibt weiterhin abzuwarten.

Das Soziale Problemlösen (gemessen am SPSI-R) wies ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit Depressivität sowie Lebensqualität auf. Sowohl bezüglich des Gesamtscores als auch der Subskalen *Negative Problemorientierung* und *Positive Problemorientierung* konnten hochsignifikante Korrelationen identifiziert werden. Diese bezogen sich vor allem auf den Zusammenhang mit der Gesamtabnahme der Depressivität und mit der Lebensqualität. Bezüglich des Follow-ups war der Zusammenhang am stärksten für den Bereich der *Negativen Problemorientierung*. Dies kann so gedeutet werden, dass der Abbau negativer, defizitorientierter Einstellungen zu schwierigen interpersonellen Situationen die Abnahme von Depressivität positiv beeinflussen und auch einen längerfristigen Effekt haben könnte. Insgesamt lässt sich somit auch zu dem Konstrukt der Fähigkeit des effektiven sozialen Problemlösens zusammenfassen, dass eine Verbesserung dabei eindeutig mit einem verbesserten Therapieoutcome assoziiert ist. Damit kann auch die Fragestellung 5.3. positiv beantwortet werden.

Die Studie von Klein et al (2011) beschrieb zwar, dass die Verbesserung sozialen Problemlöseverhaltens gemessen am SPSI nicht allein durch die Therapie mit CBASP verbessert werden kann, sondern dass dies auch in den Vergleichsgruppen ein zu beobachtendes Phänomen war. Dennoch besteht offensichtlich ein Zusammenhang zwischen einem effektiveren Problemlösen und einem Therapieerfolg. Dass die Beeinflussung dieses Aspektes mit der Depressivität am Ende der Therapie assoziiert ist, deutet durchaus darauf hin, dass der Fokus auf problematische soziale Situationen wichtig für eine Symptomverbesserung chronisch Depressiver ist. Wie spezifisch dies durch CBASP beeinflusst wird, sei noch dahingestellt und ist in weiteren Forschungsprojekten zu untersuchen. Die Schlussfolgerung, die Förderung verbesserten sozialen Problemlöseverhaltens sei nicht der entscheidende Schlüssel für eine erfolgreiche Therapie chronisch Depressiver, wie Klein und Kollegen sie ziehen, drängt sich vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse nicht zwangsläufig auf. Nach den Erkenntnissen dieser Studie könnte verbessertes Problemlösen ein Begleitphänomen verminderter Depressivität darstellen.

Für das Empathievermögen konnte als einzigem der untersuchten Parameter kein signifikanter Zusammenhang mit den Zielvariablen ermittelt werden. Insofern ist die Fragestellung 5.4. zu verneinen: Ein eindeutiger Zusammenhang der Entwicklung des Empathievermögens mit den Zielparametern ist nicht zu eruieren.

Für die Operationalisierung von Empathievermögen wurde mit dem RMET möglicherweise nicht das richtige Instrument gewählt, um die Fähigkeit zu messen, Empathie zu entwickeln im Sinne eines Perspektivenwechsel in sozialen Interaktionen, die bei CBASP vermittelt wird. Da CBASP auf den interaktionellen Aspekt von Empathie abzielt, hat die Therapie insofern möglicherweise keinen großen Effekt auf diese „statische“ Form des Gesichter-Deutens.

Eine andere Erklärung könnte sein, dass ein verbessertes Empathievermögen nicht der Schlüssel für den Erfolg der CBASP-Therapie darstellt. Vielmehr könnten andere Fähigkeiten deutlich mehr im Vordergrund stehen und die Wirksamkeit von CBASP erklären. Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass sich durch einen Zugewinn an Empathie keine unmittelbare Verbesserung der Depressivität einstellt, sondern diese mit einer gewissen Latenzzeit einsetzt. Möglicherweise könnten solche Effekte durch einen längeren Nachbeobachtungszeitraum aufgedeckt werden.

Insgesamt fiel zudem auf, dass die Signifikanzniveaus für die Korrelationen mit der Lebensqualität (im WHOqol-BREF) in der Follow-up-Untersuchung etwas schlechter lagen als für den BDI. Diese Beobachtung lässt sich dadurch erklären, dass im



Konstrukt *Lebensqualität* im Fragebogen der WHO verschiedene Domänen Berücksichtigung finden, die nicht durch eine Psychotherapie beeinflusst werden.<sup>22</sup> In der Folge ergeben sich daraus kleinere zu beobachtende Effekte im Bezug auf die Veränderung zwischen den Messungen vor und nach Therapie sowie die Nachuntersuchung. Dass sie dennoch statistisch signifikant werden, weist auf den insgesamt großen Effekt hin.

Der letzte Auswertungsschritt – die hierarchische schrittweise Regressionsanalyse – diente der Klärung der Frage, welche Faktoren den größten Einfluss auf den Therapieerfolg haben und wie viel diese zur Erklärung einer Symptombesserung beitragen konnten. Im Bezug auf das langfristige Outcome im Follow-up stellte sich das Denkniveau als Einflussfaktor dar, der den größten Teil an Varianzaufklärung brachte und durch andere Faktoren nicht weiterführend ergänzt werden konnte. Das bedeutet, dass unter den untersuchten Variablen die Entwicklung des Denkniveaus zuverlässig die beste Aussage darüber trifft, ob sich ein dauerhafter Therapieerfolg einstellen wird. Die anderen potentiellen Prädiktoren wie das Soziale Problemlöseverhalten und der Stimuluscharakter bleiben hinter den Prädiktoreigenschaften des Denkniveaus für einen längerfristigen Therapieerfolg zurück.

Im Bezug auf die Gesamtabnahme der Depressivität zwischen Prä- und Post-Messung stellt sich dies etwas anders dar. Hierbei zeigt sich die Zunahme einer *Positiven Problemorientierung* als Unterskala des SPSI neben dem Denkniveau als zweiter wichtiger Einflussfaktor für eine Abnahme der Depressivität in der Fremdbeurteilung. Für die Selbstbeurteilung zeigt sich die *Negative Problemorientierung* als Einflussgröße, die über die Entwicklung des Denkniveaus hinaus zu einer Varianzaufklärung beiträgt. Daraus lässt sich folgern, dass im Rahmen der Therapie Entwicklungen hin zu einer lösungsorientierten Herangehensweise an Problematiken im interpersonellen Bereich gefördert werden und diese mit einer Abnahme der Depressivität (und verbesserter Lebensqualität) einhergehen. Dies zeigt, dass Patienten, die in ihrer eigenen Einstellung den Abbau negativer Denkstrukturen und wenig konstruktiver Herangehensweisen an Problematiken bemerken, sich auch insgesamt als weniger depressiv erleben. In der Fremdbeurteilung liegt der Beobachtungsfokus und Bewertungsmaßstab für Depressivität scheinbar eher in Umsetzung neuer positiver Einstellungen im Sinne einer aktiveren Haltung.

Die Fragestellung 6 kann somit insgesamt ebenso positiv beantwortet werden: Prädiktoreigenschaften können insbesondere für das Denkniveau aber auch das

---

<sup>22</sup> Die Domänen *Umweltbedingungen* und *Soziale Beziehungen* bilden vielmehr stabile Faktoren ab, die durch die aktuelle Lebenssituation der Probanden gestaltet werden.

Soziale Problemlösen im Bezug auf das Therapieoutcome identifiziert werden. Die mit Abstand besten Eigenschaften vor allem für einen längerfristigen Therapieerfolg sind in der Entwicklung des Denkniveaus zu sehen.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass der LQPT mit Abstand die besten Vorhersageeigenschaften für den Erfolg der Therapie sowie die Nachhaltigkeit der Depressivitätsreduktion aufweist. Dass er im Regressionsmodell als alleiniger Prädiktor die größte Vorhersagekraft für die Follow-up Werte zeigt, lässt sich analog der Theorie McCulloughs interpretieren, der die mangelnde Entwicklung des Denkniveaus als wichtigste Ursache für die Aufrechterhaltung der Depression wertet. Kann die Entwicklung hin zu einer operationalen Denkweise vorangetrieben werden, scheint dies der beste Garant für einen langfristigen Therapieerfolg zu sein, sowohl im Bezug auf die Depressivität als auch auf die Lebensqualität. Klein et al. (2015) ermittelten die Performance bei Situationsanalysen als Moderator für die Qualität des Denkniveaus. Die Kombination dieser Ergebnisse lässt die Schlussfolgerung zu, dass Situationsanalysen ein sinnvolles Instrument sind, um die Entwicklung des Denkniveaus voranzutreiben und eine Verbesserung der Patienten in der Anwendung von Situationsanalysen zu einer Weiterentwicklung des Denkniveaus führt. Um diesen Zusammenhang zu bestätigen, werden Studien benötigt, die im Verlauf einer CBASP-Therapie die Fähigkeit zur Anwendung von Situationsanalysen (z.B. anhand des vom Klein et al. (2015) neu entwickelten *Interactive Test of Interpersonal Behavior* (ITIB) sowie das Denkniveau überprüfen.

Die gefundenen Korrelationseffekte müssten einerseits mit einer episodisch depressiven Kontrollgruppe verglichen werden, um die Abnahme der präoperationalen Denkstrukturen im LQPT sowie die Verbesserung der sozialen Problemlösefähigkeit laut SPSI und die damit einhergehende Abnahme der Depressivität auf die Wirkweise von CBASP zurückführen zu können. Bestünde ein Unterschied in beiden Gruppen, würde dies die Theorie McCulloughs stützen, dass der chronischen Depression ein alternativer Pathomechanismus bei der Entstehung zugrunde liegt. Andererseits wäre im nächsten Schritt notwendig, zwei chronisch depressive Gruppen miteinander zu vergleichen, von denen die eine CBASP und die andere eine alternative etablierte Therapie erhielte. Dadurch könnte geklärt werden, ob die CBASP-Therapie die gefundenen Defizite tatsächlich spezifisch verbessert.

Allerdings deutet auch zum jetzigen Zeitpunkt schon eine Studie von Klein et al. (2011) darauf hin, dass es einen Unterschied zwischen chronisch und episodisch Erkrankten im Bezug auf das Social Problem Solving Inventory (SPSI) gibt. Auch

Kühnen et al (2011) fanden in ihrer Validierungsstudie des *Lübeck Questionnaires for recording Preoperational Thinking* (LQPT) einen signifikanten Unterschied zwischen chronisch und episodisch depressiven Patienten, was auch Klein et al. (2015) bestätigten.

Die Vermutung liegt daher nahe, dass auch die in dieser Studie gefundenen Effekte spezifisch sind für den Einfluss von CBASP auf die Fähigkeiten und Denkweisen der chronisch depressiven Patienten, wenngleich sie aufgrund des Studiendesigns nicht eindeutig belegt werden können.

## **6.2. Limitationen der vorliegenden Ergebnisse**

### **6.2.1. Studiendesign**

Die vorliegende Arbeit beschreibt eine Pilotstudie mit naturalistischer Vorgehensweise. Die Daten wurden an einer Gruppe von Patienten erhoben, die alle an der gleichen Intervention teilnahmen. Das bedeutet, dass dieses Vorgehen keine Kontrollbedingung beinhaltete und insofern keine Randomisierung durchgeführt werden konnte. Die Stichprobe stammt aus einem singulären Studienzentrum, weshalb mit insgesamt 23 eingeschlossenen Patienten nur eine relativ kleine Patientenzahl erreicht werden konnte. Bei der Interpretation sind infolge dessen alle Ergebnisse nur mit Einschränkungen zu beurteilen. Für eine Überprüfung und Verifizierung sind randomisiert-kontrollierte klinische Studien von Nöten. Die in dieser Studie ermittelten Ergebnisse können insofern nur als Anhaltspunkte verstanden werden, dass unter vorgegebenen Bedingungen chronische Depressionen erfolgreich therapiert werden können. Darüber hinaus können die Ergebnisse nur als Hinweise gewertet werden, in welchen Bereichen sich bestimmte Tendenzen abzeichnen und in welche Richtung es sich lohnen könnte, weiterführende Forschungsarbeiten zu planen. Eine Beurteilung, ob die durchgeführte Therapie einen Vorteil gegenüber etablierten Therapien bietet, lässt sich infolge dessen nicht ableiten.

Ebenfalls dem naturalistischen Design entsprechend, wurden über die Gruppentherapie hinaus erhaltene Therapien und Interventionen nicht kontrolliert. Diese wurden lediglich sorgfältig erfasst und dokumentiert. Insofern ist nicht mit Sicherheit zu beurteilen, wie groß der Anteil der Verbesserung der Zielparameter ist, der tatsächlich auf die CBASP-Therapie zurückgeführt werden kann. Mit Ausnahme der Patientenevaluation, die konkret nach der Bewertung der Gruppentherapie fragt, ist letztlich vielmehr das gesamtstationäre Konzept und dessen Einfluss auf die

Depressivität, Lebensqualität und zwischenmenschlichen Fähigkeiten zu beurteilen. Auch die begleitende medikamentöse Therapie wurde lediglich dokumentiert aber nicht kontrolliert. Es handelte sich im vorliegenden Fall um eine im Durchschnitt schwer depressiv erkrankte Stichprobe, bei der in vielen Fällen bereits eine medikamentöse oder psychotherapeutische Resistenz aufgetreten war. Im Rahmen dieser Gegebenheiten wird eine angepasste Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung empfohlen. Für eine Pilotstudie von kleinem Umfang wäre es ethisch schwer vertretbar gewesen, eine medikamentöse Therapie auszusetzen oder diese standardisiert für alle Patienten durchzuführen. Da bei der Schwere der Erkrankung ein medikamentöses Regime dringend empfohlen wird und bei vielen Patienten bereits im Vorfeld medikamentöse Resistenzen im Bezug auf zwei oder mehrere unterschiedliche Antidepressiva bekannt waren, wäre dies kaum zu rechtfertigen gewesen und hätte zudem der Untersuchung unter naturalistischen Bedingungen entgegengestanden.

Weiterhin einschränkend für die Interpretation und die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse sind die wenig restriktiven Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung (Vgl. Kapitel 4.3., Tabelle 4). Bedingungen für die Aufnahme in die Studie waren lediglich die primäre Diagnose einer chronischen Depression und die regelmäßige Teilnahme an der untersuchten Intervention sowie gute Deutschkenntnisse. Mit diesem Aspekt wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Gruppentherapie bislang kaum evaluiert wurde und diese insofern unter möglichst natürlichen Bedingungen untersucht werden sollte. Wären strengere Einschlusskriterien angewandt worden, hätte ein Großteil der Patienten im Vorhinein aus der Erhebung ausgeschlossen werden müssen, da zum Merkmal der Gruppe chronisch Depressiver die hohe Rate an Achse I und II Komorbiditäten gehört. Diese Rate liegt für stationär behandelte Stichproben noch höher als für den Durchschnitt chronisch depressiv Erkrankter. Im Bezug auf die untersuchte stationäre Stichprobe hätten restriktivere Kriterien somit zu einem Selektionsbias geführt, da insgesamt nur weniger schwer erkrankte Patienten in die Untersuchung eingeschlossen worden wären, was letztlich nicht das Bild der stationären Patientengruppe widerspiegelt hätte. Insofern wurden Patienten mit unterschiedlichen Komorbiditäten und unterschiedlichen Graden an Vorbehandlung (von keiner berichteten Vorbehandlung bis zu psychotherapeutischer und pharmakologischer Therapieresistenz) in die Studie eingeschlossen. Dies bedeutete in der Folge, dass diese Variablen auch nicht kontrolliert wurden und als mögliche unabhängige Einflussgrößen in Frage kommen könnten.

Zuletzt wirft das Fehlen einer Vergleichsgruppe die Frage auf, inwiefern Veränderungen der spezifischen Parameter tatsächlich spezifisch für chronisch

Depressive sind und ob deren Verbesserung im Laufe der Therapie die CBASP-Theorie stützten oder inwieweit die Veränderungen lediglich auf die Abnahme der Depressivität zurückzuführen sind. Für das präoperationale Denken (gemessen an den Werten des LQPT) als Messmethode, die in dieser Studie die größte Aussagekraft über Therapieerfolg und Langzeitverlauf in sich vereinte, konnte bereits in anderen Untersuchungen gezeigt werden, dass ein signifikanter Unterschied zwischen einer chronisch und einer episodisch depressiv erkrankten Vergleichsgruppe sowie gesunden Probanden vorlag. Dies legt den Gedanken nahe, dass die Veränderung dieser Eigenschaft ein wichtiger Wirkfaktor der CBASP-Gruppentherapie sein könnte. Allerdings muss ergänzt werden, dass in vorliegender Konstellation nur von Hinweisen gesprochen werden kann. Die Beobachtungen müssten in einer randomisiert-kontrollierten Studie zum einen mit einer episodisch depressiven Vergleichsgruppe untersucht werden; zum anderen wäre eine Untersuchung an zwei chronisch depressiven Gruppen sinnvoll, wobei die eine CBASP und die andere eine etablierte Standardpsychotherapie erhalten müsste, um einen zweifelsfreien Zusammenhang belegen zu können.

#### **6.2.2. Rahmenbedingungen und Messzeitpunkte**

Der Erfolg einer Psychotherapie hängt in hohem Maße von der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ab, im Bezug auf Gruppen spielen Kohäsionseffekte eine bedeutende Rolle (vgl. Kapitel 2.2.2.). Insofern ist zu erwähnen, dass während des Erhebungszeitraumes (Im Sommer 2013) ein Therapeutenwechsel stattfand. Im Bezug auf das allgemeine Therapieoutcome konnten daraufhin zwar keine bedeutenden Veränderungen festgestellt werden, eine genaue Analyse wurde allerdings nicht angestrebt. Ein Einfluss dieses Wechsels kann insofern nicht ausgeschlossen werden.

Schramm et al. (2012) beschreiben eine optimale Gruppengröße von vier bis acht Patienten (ideal dabei sechs Patienten pro Gruppe). Diese Empfehlung konnte nicht zur Gänze konsequent umgesetzt werden. Einzelne Sitzungen fanden mit drei, wenige andere mit neun oder zehn Patienten statt, da bei dem durchgeführten offenen Gruppenkonzept die Teilnehmeranzahl abhängig von der Anzahl der aktuell stationären chronisch depressiven Patienten war. Bei nur drei Erhebungszeitpunkten im Laufe der Therapie konnte insgesamt der Einfluss dieser Abweichungen nicht kontrolliert werden, da nicht konsequent erfasst wurde, wie viele Sitzungen mit nicht optimaler Gruppengröße durchgeführt wurden.

Ein weiterer zu diskutierender Kritikpunkt liegt in der Konzeption der Studie, die vorsah, dass der Post-Messzeitpunkt (T2) für alle Patienten bei Entlassung durchgeführt wurde, unabhängig davon, wie lang die Patienten stationär behandelt wurden. Daraus ergibt sich eine sehr unterschiedliche Anzahl an teilgenommenen Gruppentherapiesitzungen. Zwar bietet dies die Möglichkeit, unter naturalistischen Bedingungen Ansprechraten und Remission zu beobachten, lässt aber keine Aussage darüber zu, welche Verbesserung die behandelten Patienten mit einer definierten „Dosis“ Psychotherapie erreichen können. Für folgende Studien wäre neben diesem Post-Zeitpunkt für die bessere Vergleichbarkeit eine Messung nach einer definierten Anzahl teilgenommener Gruppensitzungen sicherlich anzustreben, wenngleich auch die Erhebung zum Entlassungszeitpunkt wichtige Erkenntnisse liefert.

### **6.2.3. Messinstrumente**

Die Fragebögen, die zum Einsatz kamen, um die Endpunkte Depressivität und Lebensqualität zu messen, gelten im Allgemeinen als Goldstandard in der Psychotherapieforschung. Dadurch konnte bezüglich dieser Zielparameter eine Vergleichbarkeit mit vielen anderen Studien gewährleistet werden, die sich der selben Instrumente bedienten. Da die verwendeten Fremdratings alle von derselben Person erhoben wurden, sind Interrater-Effekte auszuschließen.

Die Fragebögen, die der Erfassung der spezifischen Eigenschaften dienten, zeigten in Validierungsstudien gute Ergebnisse.

Der neueste und damit am wenigsten untersuchte Fragebogen ist sicherlich der Lübeck Questionnaire for Recording Preoperational Thinking (LQPT), der explizit für die Erfassung der Defizite chronisch depressiver Patienten entwickelt wurde. Die Überprüfung in der Validierungsstudie von Kühnen et al (2011), die Anwendung in der Studie von Klein et al. (2015) sowie in vorliegender Studie deuten darauf hin, dass es sich um ein praktikables Mittel handelt, mit dem sich die Defizite chronisch Depressiver tatsächlich operationalisieren lassen und das eine Differenzierung zwischen chronisch und episodisch depressiv Erkrankten möglich macht, was einer guten Diskriminationsvalidität entspricht.

Für die Operationalisierung des Empathievermögens wurde mit dem Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) ein für die Schizophrenie-Forschung entwickeltes und für diese Patientengruppe gut validiertes Messinstrument eingesetzt.

Im Rahmen der CBASP-Therapie wird Empathie im Sinne der Fähigkeit zu einem Perspektivenwechsel in sozialen Interaktionen vermittelt. Mit dem RMET wurde möglicherweise nicht das richtige Instrument gewählt, um diese Fähigkeit zu messen.

Denn da CBASP auf den interaktionellen Aspekt von Empathie abzielt, hat die Therapie möglicherweise keinen großen Effekt auf diese „statische“ Form des Gesichter-Deutens. Zu diesem Schluss kommen auch Klein et al. (2015), die der Meinung sind, dass die Defizite chronisch depressiver viel wahrscheinlicher im Bereich des eigenen Handelns zu Tage träten als aus einer Beobachterperspektive heraus. Für das Aufdecken eines Empathiedefizits müsste dieser Logik folgend ein Instrument gewählt werden, das in der Erfassung empathischer Fähigkeiten einen größeren Fokus auf direkte empathische Reaktionsmuster legt. Dieses böte dann unter Umständen die Möglichkeit, auch im Bezug auf die Entwicklung der Empathiefähigkeit relevante Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg herzustellen.

Das *Social Problem Solving Inventory* (SPSI-R) wurde in der Studie von Klein et al. (2011) als Instrument bewertet, das keine Fähigkeiten misst, die spezifisch durch CBASP im Vergleich zu anderen Therapien beeinflusst werden können. In dieser Studie erwies sich das SPSI als Messmethode, die Patienteneigenschaften misst, die sich im Verlauf einer CBASP-Behandlung beeinflussbar zeigten und sich im Verlauf der Therapie hochsignifikant verändern.

Dennoch war auffällig, dass die Unterskala Rationales Problemlösen des SPSI schon im Prä/Post-Vergleich nicht signifikant wurde und auch keine signifikanten Korrelationen mit dem Therapieoutcome zeigte. Dabei wäre von der Beschreibung dieser Skala her zu vermuten, dass besonders auch in diesem Bereich eine durch CBASP hervorgerufene Veränderung zu beobachten sein sollte. Möglicherweise ist diese Unterskala nicht das richtige Mittel, um die Fähigkeit eines strukturierten Vorgehens in interpersonellen Problemsituationen zu operationalisieren. Dies könnte daran liegen, dass die Fragen zu wenig auf den interpersonellen Kontext abzielen und zu allgemein gehalten sind. Insgesamt könnten also mit Instrumenten, die spezieller auf aktives interpersonelles Verhalten zugeschnitten sind, noch eindeutiger Ergebnisse beobachtet werden.

### **6.3. Fazit und Ausblick**

Die Studienergebnisse der vorgestellten Untersuchung legen nahe, dass es sich bei der CBASP-Gruppentherapie DO! um eine wirksame und gut durchzuführende Therapieform für chronisch depressive Patienten im Rahmen einer stationären Therapie handelt. In der großen Überzahl der Fälle trifft diese bei den teilnehmenden Patienten auf hohe Akzeptanz.

Trotz der eingeschränkten Interpretierbarkeit der Ergebnisse, die sich aus dem Studiendesign ergeben, kann festgehalten werden, dass das stationäre CBASP-Konzept eine gute Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit chronischen Depressionen darstellt und im Vergleich zu vorangegangenen Studien mit Interventionen anderen therapeutischen Schwerpunktes für diese Patientengruppe wirksam und praktikabel scheint.

Entsprechend der Ausführungen in den obigen Abschnitten könnten im Bezug auf einige Aspekte Anpassungen des Therapiekonzeptes vorgenommen werden. So wäre es sinnvoll, zur noch besseren Etablierung und Nutzung gesamtstationärer Ressourcen, CBASP-Elemente auch in andere Therapieformen einzuflechten; insbesondere könnte das Übungsfeld für interpersonelle Diskriminationsübungen und Situationsanalysen erweitert werden durch die genaue Kenntnis der Übertragungshypothesen durch das gesamte behandelnde Team. Eventuell ließe sich dadurch auch die Übungsmotivation zwischen den Gruppentherapiesitzungen steigern, die sich in dieser Untersuchung als einer der Schwachpunkte herausstellte.

Zudem sollte die stärkere Unterstützung eines Transfers der Lerninhalte auf Alltagssituationen fokussiert werden, um die Anwendung der gelernten CBASP-Inhalte auch über die eigentliche Therapie hinaus anzuregen und zu erleichtern. Zuletzt wäre die Einrichtung eines Erhaltungstherapie-Angebotes wünschenswert, das die Patienten nach Beendigung der stationären Therapie wahrnehmen könnten. Dies könnte zu einer besseren Festigung der Lerninhalte über den stationären Aufenthalt hinaus beitragen und der erneuten Verschlechterung der depressiven Symptomatik präventiv vorgehen.

Analog zu den Grundannahmen von James McCullough scheint die Veränderbarkeit von präoperationalen Denkmustern hin zu einer weiterentwickelten formal operativen Denkweise ein wichtiger Faktor für die Wirksamkeit der CBASP-Therapie zu sein. Es konnten Hinweise geliefert werden, dass der Umfang dieser Entwicklung einen Vorhersagewert einerseits für das Therapieoutcome, andererseits für den poststationären Verlauf haben könnte. Dies stellt einen neuen Aspekt in der Annäherung an die Theorie McCulloughs dar. In vorangegangenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass chronisch depressive Patienten Defizite in diesem Bereich aufweisen, welche ausgeprägter scheinen als bei episodisch depressiv erkrankten und gesunden Probanden (Klein et al., 2015; Kühnen et al., 2011). Allerdings wurde das präoperationale Denken bislang nicht im Verlauf einer CBASP-Therapie gemessen. Mit dieser Studie wurden somit erstmals Hinweise dafür geliefert, dass das



Denkniveau mit Hilfe der CBASP-Therapie positiv beeinflusst werden und dies möglicherweise zu einer Verbesserung der Depressivität beitragen kann.

Mit der bereits abgeschlossenen und im sich im Publikationsprozess befindenden Studie von Sabaß et al. (2015), in die auch die Daten dieser Arbeit einfließen, werden bald Ergebnisse vorliegen, wobei die CBASP-Therapie multizentrisch für eine größere Patientenzahl evaluiert wurde. Damit kann die Aussagekraft bezüglich der Wirksamkeit und Umsetzbarkeit gegenüber der vorliegenden Studie gesteigert werden. Allerdings werden auch diese Ergebnisse aufgrund des naturalistischen Ansatzes und der fehlenden Kontrollgruppe nur eingeschränkt interpretierbar sein. Vor dem Hintergrund dieser Studie und dem in vorliegender Arbeit ergänzendem Ansatz einer Annäherung an die CBASP-Therapie werden für folgende randomisiert-kontrollierte Studien einige Empfehlungen ausgesprochen und weiterführende Ideen vorgestellt und diskutiert:

- Für die genauere Beurteilung der Güte der CBASP-Gruppentherapie im stationären Rahmen besteht die Notwendigkeit randomisierter Studien, die die CBASP mit einem etablierten Gruppenformat wie beispielsweise IPT-, KVT- oder supportiver Gruppentherapie vergleichen, die auch für chronische Depression bereits gewisse Erfolge zeigten. Schramm et al (2017) konnten die Überlegenheit von CBASP gegenüber supportiver Psychotherapie bereits für die ambulante Einzeltherapie anhand einer großen, nicht medizierten Stichprobe zeigen. Vergleichbare Studien wären auch für die Bedingungen *stationär* und *Gruppenformat* sinnvoll. Dabei müssten vor allem die Rahmenbedingungen besser kontrolliert werden als in vorliegender und der multizentrischen CBASP-Studie. Es müsste eine Vereinheitlichung des Konzeptes durchgeführt werden und zum Beispiel eine engere Orientierung am Gruppentherapie-Manual von Schramm und Brakemeier (2012) erfolgen. Bislang wurden in den teilnehmenden Zentren der Multizenterstudie sowohl offene wie auch halboffene Konzepte angewandt. In vorliegender Studie aus dem Studienzentrum in Marburg wurde aus Praktikabilitätsgründen das offene Konzept gewählt, da dieses bei einer stationären Stichprobe mit häufig wechselnder Patientenzusammensetzung leichter durchzuführen ist. Schramm und Kollegen empfehlen allerdings in ihrem Manual auch für den stationären Rahmen ein halboffenes Konzept, da dabei eine stabilere Gruppenkonstellation entsteht und Gruppenprozesse wie beispielsweise Kohäsionseffekte dabei besser zum Tragen kommen und eine Selbstöffnung und aktive Beteiligung in einer stabileren Gruppe erleichtert werden. Nach

Möglichkeit sollte also für eine groß angelegte Studie dieses Konzept favorisiert werden.

- Zudem müssten die weiteren Rahmenbedingungen angeglichen werden. Zusätzliche medikamentöse Therapie müsste als Einflussgröße aufgenommen und ausgewertet oder nach Möglichkeit vereinheitlicht werden. Die Studien von Schramm et al. (2015 und 2017) zeigte bereits, dass auch eine schwer chronisch depressive Stichprobe medikationsfrei zu führen ist und bei schlechtem Ansprechen auf CBASP teilweise erfolgreich mit Escitalopram augmentiert werden kann. Die Schwierigkeit bei der Vereinheitlichung oder dem Aussetzen einer Medikation ist jedoch, dass viele chronisch depressive Patienten bereits eine Resistenz auf mehrere antidepressive Medikamente gezeigt haben und diese dann schon im Vorhinein nicht für eine Studienteilnahme in Frage kommen, wenn das zur Augmentation ausgewählte Medikament anamnestisch keine Wirkung zeigte. Für stationäre Stichproben ist dies nach dem Konzept von Schramm et al. noch schwieriger umzusetzen, da in vielen Fällen ethisch schwierig zu begründen sein wird, die schwer erkrankten Patienten medikationsfrei zu belassen. Für die optimale Aussagekraft der randomisiert-kontrollierten Studie wäre dennoch eine Kontrolle der Medikation anzustreben.
- Auch die komplementären Therapien müssten kontrolliert werden. In vorliegender Studie in Marburg erhielten die Patienten in der Regel neben der Gruppentherapie auch CBASP-Einzeltherapie. Zudem war zum Teil das Pflegepersonal in CBASP geschult und es gab ein wöchentliches Element mit dem Namen „CBASP – Do-it-yourself“, wobei die Patienten eine gemeinsame Aktivität unternehmen und dabei gezielt einen Fokus auf interpersonelle Situationen legen. Das Freiburger Konzept bietet dagegen noch wesentlich mehr CBASP-Elemente an, von Bewegungs- bis Ergotherapie. Diese Konzepte müssten bei multizentrischem Vorgehen vereinheitlicht werden. Ebenso wäre es interessant, die Einbettung in ein gesamtstationäres Konzept mit erweiterten CBASP-Elementen in anderen Therapieformen mit einer reinen CBASP-Gruppentherapie bei ansonsten regulären Therapien zu vergleichen. Ein mögliches Vorgehen könnte sein, die Wirksamkeit der CBASP-Gruppentherapie in einem gesamtstationären Konzept gegenüber einem Konzept mit gleichzeitiger CBASP-Einzeltherapie und einem Konzept, das neben der Gruppentherapie keine weiteren CBASP-spezifischen Therapie beinhaltet, zu vergleichen.

- Ebenso müssten die Messzeitpunkte vereinheitlicht werden. Die in dieser Studie uneinheitlichen Therapiezeiträume und damit verbundene teilweise deutlich differierende Anzahl an teilgenommenen Gruppensitzungen, nach denen eine Erfassung der Depressivität und Lebensqualität erfolgte, müssten angeglichen werden und beispielsweise auf eine Anzahl zwischen 15 und 20 Sitzungen festgesetzt werden. Darüber hinaus könnte es sich lohnen, eine Messung bei Entlassung der Patienten anzustreben, um zu erfassen, wie viele Sitzungen insgesamt notwendig sind und wie sich der letztliche Gesamterfolg der Therapie darstellt. Man sieht beispielsweise, dass in der Multicenterstudie (Postervortrag: Sabaß et al., 2015) die prozentuale Reduktion der Depressivität nach zehn Gruppensitzungen niedriger lag als in der hier vorgestellten Studie, in der die Abschlussmessung zu Entlassung der Patienten durchgeführt wurde. Die Aufnahme von beiden Post-Zeitpunkten in ein neues Studienkonzept könnte somit den größten Erkenntnisgewinn liefern.
- Da die Studie von Brakemeier et al. (2015) darüber hinaus zeigte, dass einige Patienten in den ersten Wochen der Therapie eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik aufwiesen und aufgrund dessen einer längeren Therapiedauer bedürfen, wären auch für eine randomisiert kontrollierte Studie mehrere Messzeitpunkte im Verlauf der Therapie sinnvoll. Dadurch könnte besser nachvollzogen werden, warum einige Patienten eventuell nach gleicher Anzahl an Therapiesitzungen schlechtere Depressivitätswerte zeigen.
- Auch sind längere Nachbeobachtungszeiträume notwendig, um die langfristige Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen. Dabei wäre auch anzustreben, Patientengruppen mit und ohne poststationäre Nachbehandlung zu vergleichen.
- Um eine randomisiert kontrollierte Studie mit einheitlichen Studienbedingungen in den verschiedenen Studienzentren multizentrisch umzusetzen, wäre ein detailliertes Studienprotokoll mit festgelegten Therapieelementen und Rahmenbedingungen von Nöten. Dabei sollte man sich ebenfalls am Gruppentherapiemanual von Schramm et al. (2012) orientieren. Zur Überprüfung, welche Therapieelemente in der Praxis tatsächlich in welcher Häufigkeit eingesetzt werden und wie sich die Durchführung gestaltet, wäre ein Kontrollvorgehen im Sinne einer Adhärenzprüfung sinnvoll. Dies könnte zum einen im Sinne einer Selbstauskunft der Therapeuten erfolgen oder für die bessere Vergleichbarkeit durch stichprobenartige Videoanalysen zur

Fremdbeurteilung. Wie sich ein solches Vorgehen mit Anwesenheit einer Kamera bei den Gruppensitzungen auf die Gruppendynamik und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit der teilnehmenden Patienten auswirkt, wäre allerdings im Vorfeld zu überprüfen.

- Die überzeugenden Ergebnisse bezüglich der spezifischen, veränderbaren Eigenschaften, insbesondere die Ergebnisse hinsichtlich der Entwicklung des Denkniveaus aber auch des sozialen Problemlösens bieten sich an für eine weiterführende Überprüfung in größeren Studien. Zum einen müssten die gefundenen Korrelationseffekte mit einer episodisch depressiven Kontrollgruppe verglichen werden. Dies würde weitere Erkenntnisse liefern, inwieweit sich chronisch depressive von episodisch erkrankten aufgrund dieser Defizite differenzieren lassen.

In einem weiteren Schritt wäre es anzustreben, diese Eigenschaften an mehreren chronisch depressiven Gruppen zu evaluieren, die unterschiedliche Psychotherapien erhalten, eine davon CBASP. Dies ist notwendig, um die Abnahme der präoperationalen Denkstrukturen (gemessen am LQPT) sowie die Verbesserung der sozialen Problemlösefähigkeit (anhand des SPSI) und die damit einhergehende Abnahme der Depressivität auf die Wirkweise von CBASP zurückführen zu können. Durch diese zwei Untersuchungsschritte ließe sich die Theorie McCulloughs definitiv stützen, dass der chronischen Depression ein alternativer Pathomechanismus bei der Entstehung zugrunde liegt und die resultierenden Defizite spezifisch durch eine CBASP-Therapie verbessert werden können.

- Da die Prädiktoreigenschaften der Entwicklung des Denkniveaus für den längerfristigen Therapieerfolg in dieser kleinen Untersuchung bereits sehr vielversprechende Ergebnisse lieferten, wäre es lohnenswert, diese Eigenschaften an einer größeren Stichprobe und mit einem längeren Nachbeobachtungszeitraum zu untersuchen. In diesem Zusammenhang könnte dann weitergehend beleuchtet werden, auf welche Art und Weise das Denkniveau beeinflusst wird und welche Therapieelemente dabei die größte Rolle spielen. Ein erster Schritt könnte sein, den in der Studie von Klein et al. (2015) entwickelten Fragebogen ITIB zur Messung der Performance in Situationsanalysen nach Weiterentwicklung und Beseitigung beschriebener Schwächen (vgl. Kapitel 2.3.4.) im Verlauf einer CBASP-Therapie zusammen mit dem LQPT einzusetzen. In der bereits vorliegenden Studie wurde dieser zu einem einzelnen Messzeitpunkt an verschiedenen Gruppen getestet und

die Ergebnisse als Mediatorvariable erkannt, die zwischen der Depressivität und dem Denkniveau moderierend Einfluss nimmt. Könnte dieser Zusammenhang im Verlauf einer CBASP-Therapie bestätigt werden – bestenfalls im Vergleich mit einer anderen Therapie – könnte ein weiterer Vorstoß im Verständnis der Wirkweise von CBASP gelingen.

Um herauszufinden, welche Therapieelemente den größten Einfluss auf die Entwicklung eines höheren Denkniveaus haben, müssten weiterhin Messmethoden für die Erfassung der anderen Therapieelemente entwickelt werden, wie den Fortschritten beim Kiesler Kreis Training und – in der Umsetzung vermutlich noch schwieriger – den Benefit des Elementes des *Disciplined Personal Involvements*.

- Die starke Abnahme des präoperationalen Denkens lässt zudem vermuten, dass es sich lohnen könnte, in einer breit angelegten Studie zu mehreren Messzeitpunkten im Verlauf einer CBASP-Therapie das präoperationale Denkniveau zu erheben. Damit könnte der Zeitpunkt ermittelt werden, ab dem eine signifikante Veränderung des Denkniveaus zu verzeichnen ist. Möglicherweise könnte der LQPT schon vor Therapieende Auskunft darüber geben, welche Patienten von einer CBASP-Therapie profitieren und welche nicht. Bei letzteren könnte dann eine frühzeitige Adaptation des Therapie-regimes vorgenommen werden. Zum anderen könnten dann eventuell frühzeitige Analysen für die Gründe des Nicht-Ansprechens auf die Therapie erfolgen.
- Zuletzt sei erwähnt, dass die CBASP-Gruppe ebenso einer Überprüfung im ambulanten Rahmen bedarf. Auch für diesen Bereich gibt es bislang lediglich eine Studie von (Sayegh et al., 2012) mit kleiner Stichprobenzahl und ohne Kontrollgruppe. Mit den gleichen Vorüberlegungen wie für eine Studie mit stationären Patienten, müsste auch dafür ein Konzept für eine randomisiert-kontrollierte Studie erstellt werden. Da ambulante Gruppentherapiekonzepte bei Depressionen in Deutschland bislang nicht so verbreitet sind wie die stationären, wird es vermutlich schwieriger, dabei auf hohe Stichproben-zahlen zu kommen. Dennoch dürfte es sich lohnen, auch ambulante CBASP-Gruppenprogramme gezielt voranzutreiben, nachdem chronisch depressive Menschen aufgrund ihrer Defizite explizit von Gruppenkonstellationen profitieren können.

Die bisherigen Forschungsergebnisse, die das stationäre Gruppenkonzept der CBASP-Therapie untersuchten, sind in Anzahl und Umfang bislang sehr begrenzt aber so ermutigend, dass sich eine erfolgreiche Implementierung des Konzeptes in einer Vielzahl deutscher Kliniken verwirklichen ließ. Für eine weitere Verbesserung des Vorgehens und einen sicheren Wirksamkeitsnachweis, der einen Vorteil gegenüber anderen Konzepten belegt, sind noch viele Schritte zu gehen. Ebenso gilt, dass die Grundlagen der CBASP-Wirkweise noch wenig verstanden sind, und es vieler weiterer Forschungsbemühungen bedarf, um den genauen Pathomechanismus der chronischen Depression und die spezifische Wirksamkeit von CBASP zweifelsfrei zu belegen. Gelingt dies, könnte eine weitere Anpassung des Therapiekonzeptes vorangetrieben und diese Methode der Psychotherapie mit noch größerem Benefit für chronisch depressive und therapieresistente Patienten eingesetzt werden.

# Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49–74.
- Agosti, V., Hellerstein, D. J., & Stewart, J. W. (2009). Does personality disorder decrease the likelihood of remission in early-onset chronic depression? *Comprehensive psychiatry*, 50(6), 491–495. doi:10.1016/j.comppsy.2009.01.009
- Akdemir, A., Türkçapar, M. H., Orsel, S. D., Demirergi, N., Dag, I., & Ozbay, M. H. (2001). Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive psychiatry*, 42(2), 161–165. doi:10.1053/comp.2001.19756
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: attributional aspects. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 27 (Pt 1), 5–21.
- Althaus, D., Zaudig, M., Hauke, W., Röper, G., & Butollo, W. (2000). Wirksamkeit eines spezifisch für Zwangsstörungen entwickelten stationären Gruppentherapiekonzepts bei gleichzeitiger Verhaltenstherapie und pharmakologischer Behandlung. *Verhaltenstherapie*, 10(1), 16–23. doi:10.1159/000030718
- Angermeyer, C., & Kilian, R. & Matschinger, H. (2002). Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11(2), 44–48.
- Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of affective disorders*, 115(1-2), 112–121. doi:10.1016/j.jad.2008.09.023
- Arnow, B. A., Manber, R., Blasey, C., Klein, D. N., Blalock, J. A., Markowitz, J. C., . . . Keller, M. B. (2003). Therapeutic reactance as a predictor of outcome in the treatment of chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1025–1035. doi:10.1037/0022-006X.71.6.1025
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., . . . Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 627–638. doi:10.1037/a0031530
- Backenstraß M., Kronmüller, K.-T., Schwarz, T., Karr, M., Kocherscheidt, K., Schifferer, E., . . . Fiedler, P. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie in und mit Gruppen - Ein Behandlungsprogramm für depressive Patienten in stationärer Behandlung. *Verhaltenstherapie*, 11, 305–311.
- Bader, K., Hänny, C., Schäfer, V., Neuckel, A., & Kuhl, C. (2009). Childhood Trauma Questionnaire – Psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 223–230. doi:10.1026/1616-3443.38.4.223
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *The American journal of psychiatry*, 161(12), 2163–2177. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2163
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J Mark G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 366–373. doi:10.1016/j.brat.2009.01.019
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(2), 241–251.
- Baumeister, H., & Parker, G. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of affective disorders*, 139(2), 126–140. doi:10.1016/j.jad.2011.07.015

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., & Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Berk, M., Ng, F., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., Bernardo, M., & Trauer, T. (2008). The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(6), 979–983. doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00921.x
- Bernet, C. Z., & Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and anxiety*, 9(4), 169–174.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report : manual*. San Antonio, Tex.: Harcourt Brace & Co.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Beutel, M. E.; Leuzinger-Bohleber, M.; Rüger, B.; Bahrke, U.; Negele, A.; Haselbacher (2012). Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13/117
- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G., & Chambers, E. (2012). Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, 45(1), 46–69. doi:10.1177/0533316411424356
- Bölte, S. (2005). *Reading Mind in the Eyes Test für Erwachsene (dt. Fassung) von S. Baron-Cohen*. Retrieved from [http://www.as-tt.de/assets/applets/Augentest\\_Erwachsene.pdf](http://www.as-tt.de/assets/applets/Augentest_Erwachsene.pdf)
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., . . . Ressler, K. J. (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Archives of general psychiatry*, 65(2), 190–200. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.26
- Brakemeier, E.-L., & Hautzinger, M. (2008). Kognitive Verhaltenstherapie. In T. Bschor (Ed.), *Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Pharmakotherapie - somatische Therapieverfahren - Psychotherapie* (1st ed., pp. 330–367). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brakemeier, E.-L., Engel, V., Schramm, E., Zobel, I., Schmidt, T., Hautzinger, M., . . . Normann, C. (2011). Feasibility and outcome of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) for chronically depressed inpatients: a pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 191–194. doi:10.1159/000320779
- Brakemeier, E.-L., Marchner, J., Gutsell, S., Engel, V., Radtke, M., Tuschen-Caffier, B., . . . Berking, M. (2013). CBASP@home: Ein internetbasiertes Situationsanalysen-Training zur Stabilisierung des Therapieerfolgs nach stationärer Therapie für chronisch depressive Patienten. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 190–203. doi:10.1159/000354814
- Brakemeier, E.-L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., . . . Normann, C. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: a pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 51–56. doi:10.1159/000369586
- Brakemeier, E.-L., Schramm, E., & Hautzinger, M. (2012). *Chronische Depression. Fortschritte der Psychotherapie: Vol. 49*. Göttingen: Hogrefe.
- Brakemeier, E.-L., Strunk, R. & Schramm, E. (2009). *Evaluation der CBASP-Gruppe DO! durch den Patienten*. Unveröffentlichter Evaluationsfragebogen, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie.
- Brockmeyer, T., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., & Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Journal of affective disorders*, 175, 418–423. doi:10.1016/j.jad.2015.01.045



- Brown, G. W., Craig, T. K J, Harris, T. O., & Handley, R. V. (2008). Parental maltreatment and adulthood cohabiting partnerships: a life-course study of adult chronic depression--4. *Journal of affective disorders*, 110(1-2), 115–125. doi:10.1016/j.jad.2008.01.015
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., . . . Kraemer, J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 317–330. doi:10.1016/S0165-0327(01)00343-3
- Bschor, T. (Ed.). (2008). *Behandlungsmanual therapieresistente Depression: Pharmakotherapie - somatische Therapieverfahren - Psychotherapie* (1. Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bschor, T., Bauer, M., & Adli, M. (2014). Chronic and treatment resistant depression: diagnosis and stepwise therapy. *Deutsches Ärzteblatt international*, 111(45), 766–776. doi:10.3238/arztebl.2014.0766
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 34–42. doi:10.1037/a0022063
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Cardy, A. H., du Toit, Schalk W, Lawton, K., Hay, S., . . . Reid, I. C. (2013). Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) in UK primary care. *Journal of psychiatric research*, 47(5), 592–598. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.01.019
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500–505. doi:10.1016/j.jad.2013.06.034
- Caspar, F. (2003). Das Impact Message Inventory von Kiesler. In E. Brähler (Ed.), *Diagnostik für Klinik und Praxis: Vol. 1. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (2nd ed., pp. 214–216). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Cassano, G. B., Akiskal, H. S., Perugi, G., Musetti, L., & Savino, M. (1992). The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *Journal of psychiatric research*, 26(4), 257–268.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217–225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Cohen, J. (2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed., [Nachdr.]). New York, NY: Psychology Press.
- Constantino, M. J., Manber, R., Degeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., . . . Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(4), 491–506. doi:10.1037/a0014335
- Corruble, E., & Hardy, P. (2005). Why the Hamilton Depression Rating Scale endures. *The American journal of psychiatry*, 162(12), 2394; author reply 2397-8. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2394-a
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28–40.
- D’Zurilla T. J., Nezu A. M., Maydeu-Olivares A. (2002). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory - Revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- de Maat, Saskia M, Dekker, J., Schoevers, R. A., & Jonghe, F. de. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(1), 1–8. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.008
- de Mello, M. F., Myczcowisk, L. M., & Menezes, P. R. (2001). A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(2), 117–123.

- Dilling, H. (Ed.). (2011). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR* (5., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10, 1. Nachdr). Bern: Huber.
- Dinger, U., & Schauenburg, H. (2010). Effects of individual cohesion and patient interpersonal style on outcome in psychodynamically oriented inpatient group psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(1), 22–29. doi:10.1080/10503300902855514
- Dunner, D. L. (2001). Acute and maintenance treatment of chronic depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 6, 10–16.
- Dunner, D. L., Schmaling, K. B., Hendrickson, H., Becker, J., Lehman, A., & Bea, C. (1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression*, 4(1), 34–41. doi:10.1002/(SICI)1522-7162(1996)4:1<34::AID-DEPR4>3.0.CO;2-F
- Durbin, C. E., Klein, D. N., & Schwartz, J. E. (2000). Predicting the 2 1/2-year outcome of dysthymic disorder: The roles of childhood adversity and family history of psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 57–63. doi:10.1037//0022-006X.68.1.57
- Dykierek, P., Schramm, E., & Berger, M. (2012). Bedeutung der Theory of Mind für die Psychotherapie der Depression. In H. Förstl (Ed.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens* (2nd ed., pp. 319–335). Heidelberg: Springer Medizin-Verl.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(5), 623–636. doi:10.1007/s10803-006-0107-0
- Falkai, P. (Ed.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fernández-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., & Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: a one-year follow-up study. *Molecular autism*, 4(1), 33. doi:10.1186/2040-2392-4-33
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., & Ascencio, A. (2009). Prenatal dysthymia versus major depression effects on early mother-infant interactions: a brief report. *Infant behavior & development*, 32(1), 129–131. doi:10.1016/j.infbeh.2008.09.003
- Fingerle, H. (1998). *Der Impact Message Inventory. Deutsche Neukonstruktion*. unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Tübingen.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H. U. (2007). *SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Sotiropoulou, A., Donias, S., Paraschos, A. (1999). Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 332–340.
- Gast, U., Rodewald, F., & Benecke, H. H. & Driessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert)*, Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.
- Gelenberg, A. J., Kocsis, J. H., McCullough, J. P., Ninan, P. T., & Thase, M. E. (2006). The state of knowledge of chronic depression. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8(2), 60–65.
- Gelenberg, A. J., Trivedi, M. H., Rush, A., Thase, M. E., Howland, R., Klein, D. N., Keller, M. B. (2003). Randomized, Placebo-Controlled trial of nefazodone maintenance treatment in preventing recurrence in chronic depression. *Biological Psychiatry*, 54(8), 806–817. doi:10.1016/S0006-3223(02)01971-6
- Gili, M., Lopez-Navarro, E., Homar, C., Castro, A., García-Toro, M., Llobera, J., & Roca, M. (2014). Psychometric properties of Spanish version of QIDS-SR16 in depressive patients. *Actas españolas de psiquiatría*, 42(6), 292–299.
- Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., Alpert, J. (2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from

- the STAR-D project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 425–433. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00633.x
- Graf, A. (2003). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Übersetzung des SPSI-R. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24(4), 277–291. doi:10.1024/0170-1789.24.4.277
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718–779. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23, 56–62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British journal of social and clinical psychology*, 6(4), 278–296.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Berger, M. (2004). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung: Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg [Psychiatric-psychotherapeutic inpatient treatment for depression. Process and outcome quality based on a model project in Baden-Württemberg]. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1083–1091. doi:10.1007/s00115-004-1705-8
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar II: Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *The American journal of psychiatry*, 158(11), 1864–1870.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of general psychiatry*, 52(1), 11–19.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.03.008
- Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2009). Zum empirischen Aussagegehalt des Konzepts «Chronische Depression». *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(4), 235–243. doi:10.1024/1661-4747.57.4.235
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., Furukawa, T. A. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry research*, 135(3), 229–235. doi:10.1016/j.psychres.2004.03.014
- Hirschfeld, Robert M A, Dunner, D. L., Keitner, G., Klein, D. N., Koran, L. M., Kornstein, S. G., Keller, M. B. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry*, 51(2), 123–133.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J., Gallop, R. (2014). Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(10), 1157–1164. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1054
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, (36), 223–233.
- Istiana, E., Kurnia, A., Weijers, A., Hidayat, T., Pinxten, L., Jong, C. de, & Schellekens, A. (2013). Excellent reliability of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-21) in Indonesia after training. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 5(3), 141–146. doi:10.1111/appy.12083
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310–321. doi:10.1037/0022-0167.52.3.310

- Johnson J.E., Burlingame, G. M., Strauß, B., & Bormann B. (2008). Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 52–89.
- Jong-Meyer, R. de, Hautzinger, M., Kühner, C., & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen. Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie: Vol. 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 375–380.
- Keller, M. B., Klein, D. N., Hirschfeld, R. M., Kocsis, J. H., McCullough, J. P., Miller, I., Marin, D. B. (1995). Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *The American journal of psychiatry*, 152(6), 843–849.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England journal of medicine*, 342(20), 1462–1470. doi:10.1056/NEJM200005183422001
- Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W., & Wolfe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder: analysis with the life table. *Archives of general psychiatry*, 39(8), 911–915.
- Kennedy, N., Abbott, R., & Paykel, E. S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. *Psychological medicine*, 33(5), 827–838.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Kiesler, D. J., & Schmidt, J. A. (2006). *The Impact Message Inventory - Circumplex (IMI-C) Manual: Manual, Instrument, Scoring Guide, and Worksheets*: Mind Garden.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214. doi:10.1037/0033-295X.90.3.185
- Klein, D. N. (2000). Five-Year Course and Outcome of Dysthymic Disorder: A Prospective, Naturalistic Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 931–939. doi:10.1176/appi.ajp.157.6.931
- Klein, D. N. (2008). Dysthymia and chronic depression. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology - History, diagnosis, and empirical foundations* (pp. 329–365). Hoboken, NJ: Wiley.
- Klein, D. N. (2010). Chronic Depression: Diagnosis and Classification. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 96–100. doi:10.1177/0963721410366007
- Klein, D. N., Norden, K. A., Ferro, T., Leader, J. B., Kasch, K. L., Klein, L. M., Aronson, T. A. (1998). Thirty-month naturalistic follow-up study of early-onset dysthymic disorder: course, diagnostic stability, and prediction of outcome. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 338–348.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2004). Family Study of Chronic Depression in a Community Sample of Young Adults. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 646–653.
- Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., . . . Wisniewski, S. R. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and anxiety*, 26(8), 701–710. doi:10.1002/da.20577
- Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of clinical psychology*, 59(8), 807–816. doi:10.1002/jclp.10174
- Klein, D. N., Santiago, N. J., Vivian, D., Blalock, J. A., Kocsis, J. H., Markowitz, J. C., Keller, M. B. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 681–688. doi:10.1037/0022-006X.72.4.681

- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *The American journal of psychiatry*, 163(5), 872–880. doi:10.1176/appi.ajp.163.5.872
- Klein, J. P., Kentsche, M., Becker-Hingst, N., Stahl, J., Späth, C., Mentler, T., Schweiger, U. (2015). Development and psychometric evaluation of the Interactive Test of Interpersonal Behavior (ITIB): a pilot study examining interpersonal deficits in chronic depression. *Scandinavian journal of psychology*. doi:10.1111/sjop.12222
- Klein, J. P., Steinlechner, S., Sipos, V., & Schweiger, U. (2011). Psychotherapie chronischer Depression nach dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy(CBASP)-Konzept [Psychotherapy of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61(12), 526-34; quiz 535. doi:10.1055/s-0031-1276990
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(2), 47–51. doi:10.1055/s-0031-1295495
- Kocsis, J. H., & Frances, A. J. (1987). A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *The American journal of psychiatry*, 144(12), 1534–1542.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., Thase, M. E. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Archives of general psychiatry*, 66(11), 1178–1188. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.144
- Kocsis, J. H., Leon, A. C., Markowitz, J. C., Manber, R., Arnow, B., Klein, D. N., & Thase, M. E. (2009). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(3), 354–361.
- Köhler, S., Wiethoff, K., Ricken, R., Stamm, T., Baghai, T. C., Fisher, R., Adli, M. (2015). Characteristics and differences in treatment outcome of inpatients with chronic vs. episodic major depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 173, 126–133. doi:10.1016/j.jad.2014.10.059
- Köppenhöfer, E. (2013). *Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns* (6. Aufl). Lengerich: Pabst Science Publ.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 67–79.
- Kühnen, T., Knappke, F., Otto, T., Friedrich, S., Klein, J. P., Kahl, K. G., . . . Schweiger, U. (2011). Chronic depression: development and evaluation of the luebeck questionnaire for recording preoperational thinking (LQPT). *BMC psychiatry*, 11, 199. doi:10.1186/1471-244X-11-199
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben [Reliability and validity of the Revised Beck Depression Inventory (BDI-II). Results from German samples]. *Der Nervenarzt*, 78(6), 651–656. doi:10.1007/s00115-006-2098-7
- Kühner C. & Hautzinger M. (2012). Depressive Störungen. In B. Strauß (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis ; mit 40 Tabellen* (pp. 259–272). Berlin: Springer.
- Ladegaard, N., Lysaker, P. H., Larsen, E. R., & Videbech, P. (2014). A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression. *Psychiatry research*, 220(3), 883–889. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.005

- Lange, C., & Heuft, G. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) versus Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) [Psychic impairment in psychosomatic and psychiatric quality assessment: global assessment of functioning scale (GAF) vs. impairment score (IS)]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(3), 256–269.
- Lara, M. E., & Klein, D. N. (1999). Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: Implications for understanding chronic depression. *Clinical psychology review*, 19(5), 553–570. doi:10.1016/S0272-7358(98)00066-X
- Laux, G. (2013). Affektive Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, A. Deister, & G. Schulte-Körne (Eds.), *Duale Reihe. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (5th ed., pp. 89–126). Stuttgart: Thieme.
- Lewinsohn, P. M. (1974). *A behavioral approach to depression: In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds.): The psychobiology of depression*. New York: Wiley.
- Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brücher, K., & Petermann, F. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic journal of psychiatry*, 65(5), 330–337. doi:10.3109/08039488.2011.552121
- Ley, P., Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2009). Kann man chronische Depression effektiv psychotherapeutisch behandeln? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(4), 253–263. doi:10.1024/1661-4747.57.4.253
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 75–79. doi:10.1002/cpp.693
- Maddux, R. E., Riso, L. P., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Arnow, B. A., . . . Thase, M. E. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of affective disorders*, 117(3), 174–179. doi:10.1016/j.jad.2009.01.010
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., . . . Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of personality disorders*, 11(3), 279–284.
- MANBER, R., Arnow, B., BLASEY, C., Vivian D., McCullough, J. P., BLALOCK, J. A., . . . Keller, M. B. (2003). Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. *Psychological Medicine*, 33(4), 693–702. doi:10.1017/S0033291703007608
- Manber, R., Kraemer, H. C., Arnow, B. A., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Thase, M. E., . . . Keller, M. E. (2008). Faster remission of chronic depression with combined psychotherapy and medication than with each therapy alone. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 459–467. doi:10.1037/0022-006X.76.3.459
- Markowitz, J. C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal of clinical psychology*, 59(8), 847–858. doi:10.1002/jclp.10177
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Bleiberg, K. L., Christos, P. J., & Sacks, M. (2005). A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for "pure" dysthymic patients. *Journal of affective disorders*, 89(1-3), 167–175. doi:10.1016/j.jad.2005.10.001
- Markowitz, J. C., Skodol, A. E., Petkova, E., Cheng, J., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., . . . McGlashan, T. H. (2007). Longitudinal effects of personality disorders on psychosocial functioning of patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(2), 186–193.
- Mattke, D., & Strauß B. (2012). Therapeutische Beziehung in Gruppen: Zentrale Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis ; mit 40 Tabellen* (pp. 69–84). Berlin: Springer.
- Mattke, D., Zeeck, A., & Strauß, B. (2012). Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis ; mit 40 Tabellen* (pp. 405–416). Berlin: Springer.

- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2002). Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 243–254. doi:10.1037//1089-2699.6.3.243
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587–596. doi:10.1016/S0191-8869(03)00118-1
- McCullough, J. P., JR. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of clinical psychology*, 59(8), 833–846. doi:10.1002/jclp.10176
- McCullough, J. P. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy ; CBASP*. (Schramm, E., Ed.). München: Elsevier Urban und Fischer.
- McCullough, J. P., Klein, D. N., Borian, F. E., Howland, R. H., Riso, L. P., Keller, M. B., & Banks, Phillip L C. (2003). Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2. *Journal of abnormal psychology*, 112(4), 614–622. doi:10.1037/0021-843X.112.4.614
- McCullough, J. P., Lord, B. D., Conley, K. A., & Martin, A. M. (2010). A method for conducting intensive psychological studies with early-onset chronically depressed patients. *American journal of psychotherapy*, 64(4), 317–337.
- McCullough Jr, James P. (2006). *Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement*. Boston, MA: Springer US.
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown R.A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2).
- Michalak, E. E., & Lam, R. W. (2002). Breaking the myths: new treatment approaches for chronic depression. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 47(7), 635–643.
- Michalak, J., Schultze, M., & Heidenreich, T. & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a group version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5):951-63. doi: 10.1037/ccp0000042
- Mikoteit, T., & Hatzinger, M. (2009). Chronische Depression. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(4), 245–251. doi:10.1024/1661-4747.57.4.245
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Schatzberg, A. F., Klein, D. N., Thase, M. E., Rush, A. J., Keller, M. B. (1998). The treatment of chronic depression, part 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(11), 608–619.
- Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1999). Combined treatment for patients with double depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(4), 180–185.
- Mondimore, F. M., Zandi, P. P., Mackinnon, D. F., McInnis, M. G., Miller, E. B., Crowe, R. P., Potash, J. B. (2006). Familial aggregation of illness chronicity in recurrent, early-onset major depression pedigrees. *The American journal of psychiatry*, 163(9), 1554–1560. doi:10.1176/ajp.2006.163.9.1554
- Mondimore, F. M., Zandi, P. P., Mackinnon, D. F., McInnis, M. G., Miller, E. B., Schweizer, B., Potash, J. B. (2007). A comparison of the familiarity of chronic depression in recurrent early-onset depression pedigrees using different definitions of chronicity. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 171–177. doi:10.1016/j.jad.2006.10.011
- Morris, R., Leese, M., Chatwin, J., & Baldwin, D. (2008). Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. *Journal of affective disorders*, 111(2-3), 204–213. doi:10.1016/j.jad.2008.02.013
- Mueller, T. I., Keller, M. B., Leon, A. C., Solomon, D. A., Shea, M. T., Coryell, W., & Endicott, J. (1996). Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 53(9), 794–799.

- Müller, M. J., & Dragicevic, A. (2003). Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in psychiatric novices. *Journal of affective disorders*, 77(1), 65–69.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., . . . Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(24), 14293–14296. doi:10.1073/pnas.2336126100
- Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 5–21. doi:10.1016/j.jad.2007.07.018
- Olden, M., Rosenfeld, B., Pessin, H., & Breitbart, W. (2009). Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale a valid instrument? *Assessment*, 16(1), 43–54. doi:10.1177/1073191108320415
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (2004). Reliability and validity of the Beck depression inventory--II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological assessment*, 16(2), 120–132. doi:10.1037/1040-3590.16.2.120
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 889–904. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.011
- Pedrelli, P., Feldman, G. C., Vorono, S., Fava, M., & Petersen, T. (2008). Dysfunctional attitudes and perceived stress predict depressive symptoms severity following antidepressant treatment in patients with chronic depression. *Psychiatry research*, 161(3), 302–308. doi:10.1016/j.psychres.2007.08.004
- Perkins, M. J., Kiesler, D. J., Anchin, J. C., Chirico, B. M., Kyle, E. M., & Federman, E. J. (1979). The Impact Message Inventory: A New Measure of Relationship in Counseling/Psychotherapy and Other Dyads. *Journal of Counseling Psychology*, 26(4), 363–367.
- Piaget, J. (2002, c1959). *The language and thought of the child* (3rd ed). *Routledge classics*. London, New York: Routledge.
- Piaget, J., Brown, T. A., Kaegi, C. E., & Rosenzweig, M. R. (©1981). *Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. Annual Reviews monograph*. Palo Alto, Calif.: Annual Reviews Inc.
- Polanczyk, G., Caspi, A., Williams, B., Price, T. S., Danese, A., Sugden, K., . . . Moffitt, T. E. (2009). Protective effect of CRHR1 gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment: replication and extension. *Archives of general psychiatry*, 66(9), 978–985. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.114
- Potts, M. K., Daniels, M., Burnam, M. A., & Wells, K. B. (1990). A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. *Journal of psychiatric research*, 24(4), 335–350.
- Quilty, L. C., Mainland, B. J., McBride, C., & Bagby, R. M. (2013). Interpersonal problems and impacts: further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 150(2), 393–400. doi:10.1016/j.jad.2013.04.030
- Reilly, T. J., MacGillivray, S. A., Reid, I. C., & Cameron, I. M. (2015). Psychometric properties of the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 60, 132–140. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.09.008
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for Chronic Depression Using Schema Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 166–180. doi:10.1111/cpsp.12032
- Risch, N., Herrell, R., Lehmer, T., Liang, K.-Y., Eaves, L., Hoh, J., . . . Ott, J., Merikangas, K.R. (2009). Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 301(23), 2462–2471.



- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., . . . Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of abnormal psychology, 112*(1), 72–80. doi:10.1037/0021-843X.112.1.72
- Riso, L. P., & Newman, C. F. (2003). Cognitive therapy for chronic depression. *Journal of clinical psychology, 59*(8), 817–831. doi:10.1002/jclp.10175
- Rodewald, F. (2005). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire: Testbeschreibung und Auswertung*, Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule.
- Rush, A. J., & Thase, M. E. (1997). Strategies and tactics in the treatment of chronic depression. *The Journal of clinical psychiatry, 58 Suppl 13*, 14–22.
- Rush, A. J., Bernstein, I. H., Trivedi, M. H., Carmody, T. J., Wisniewski, S., Mundt, J. C., . . . Fava, M. (2006). An evaluation of the quick inventory of depressive symptomatology and the hamilton rating scale for depression: a sequenced treatment alternatives to relieve depression trial report. *Biological Psychiatry, 59*(6), 493–501. doi:10.1016/j.biopsych.2005.08.022
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., . . . Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *The American journal of psychiatry, 163*(11), 1905–1917. doi:10.1176/appi.ajp.163.11.1905
- Rush, A., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., . . . Keller, M. B. (2003). The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry, 54*(5), 573–583. doi:10.1016/S0006-3223(02)01866-8
- Sabaß, L., Padberg F., Norman C, Engel V, Konrad C., Helmle K., . . . Brakemeier, E.-L. (2015). *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) as group psychotherapy for chronically depressed inpatients: a multisite naturalistic study*. CBASP Network Meeting 01.07-04.07.2015. Postersession, Berlin.
- Saß, H. (Ed.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision - DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Satyanarayana, S., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2009). Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 54*(6), 389–398.
- Sayegh, L., Locke, K. D., Pistilli, D., Penberthy, J. K., Chachamovich, E., McCullough, J. P., & Turecki, G. (2012). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy for Treatment-Resistant Depression: Adaptation to a Group Modality. *Behaviour Change, 29*(02), 97–108. doi:10.1017/bec.2012.2
- Schaub, A., Kopinke, J., Neusser, A., & Charypar, M. (2007). Kognitiv-psychoedukative Gruppenintervention bei stationären Patienten mit depressiven Erkrankungen – Ergebnisse einer prospektiven Pilotstudie. *Verhaltenstherapie, 17*(3), 167–173. doi:10.1159/000106570
- Schmauss, M., & Messer, T. (2010). Therapieresistente depressionen: Teil I: Definition und Ursachen, Prädiktion des Therapieerfolgs, psychotherapeutische Behandlungsstrategien [Treatment-resistant depression: part I: background and rationale options, prediction of antidepressant response, psychotherapeutic treatment]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 78*(1), 45–57. doi:10.1055/s-0028-1109500
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie, (39)*, 248–255.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit: In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 392-396). Göttingen: Hogrefe.
- Schramm, E. (2001). Die Interpersonelle Psychotherapie in der ambulanten und stationären Depressionsbehandlung. *Psychotherapie im Dialog, 2*(4), 440–449.

- Schramm, E., & Klecha, D. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe: Das Kurzmanual*. Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E., Brakemeier, E.-L., & Fangmeier, R. (Eds.). (2012). *CBASP in der Gruppe - Das Kurzmanual*. Stuttgart: Schattauer. Retrieved from [www.schattauer.de/schramm-2886.html](http://www.schattauer.de/schramm-2886.html)
- Schramm, E., Hautzinger, M., Zobel, I., Kriston, L., Berger, M., & Härter, M. (2011). Comparative efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus supportive psychotherapy for early onset chronic depression: design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 11, 134. doi:10.1186/1471-244X-11-134
- Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., van Calker, D., Dykieriek, P., Kech, S., Berger, M. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *Journal of affective disorders*, 109(1-2), 65–73. doi:10.1016/j.jad.2007.10.013
- Schramm, E., Zobel, I., Schoepf, D., Fangmeier, T., Schnell, K., Walter, H., Normann, C. (2015). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(4), 227–240. doi:10.1159/000381957
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J.P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Bausch, P., Fangmeier, T., Meister, R., Berger, M., Hautzinger, M., Härter, M. (2017). Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression- A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* online publication 01/2017; doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3880
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press. Retrieved from <http://www.loc.gov/catdir/description/guilford051/2001045051.html>
- Seligman, Martin E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Shankman, S. A., Campbell, M. L., Klein, D. N., Leon, A. C., Arnow, B. A., Manber, R., . . . Kocsis, J. H. (2013). Dysfunctional attitudes as a moderator of pharmacotherapy and psychotherapy for chronic depression. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 113–121. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.09.018
- Skevington, S. M., Lofly, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(2), 299–310.
- Souery, D., Oswald, P., Massat, I., Bailer, U., Bollen, J., Demyttenaere, K., . . . Mendlewicz, J. (2007). Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multicenter study. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(7), 1062–1070.
- Strauss, B., & Burgmeier-Lohse, M. (1995). Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41(2), 127–140.
- Strauß, B., & Burlingame, G. M. (2012). Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen. In B. Strauß (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis ; mit 40 Tabellen* (pp. 193–212). Berlin: Springer.
- Strauß, B. (Ed.). (2012). *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis ; mit 40 Tabellen*. Berlin: Springer.
- Strunk, R. (2010). *Multizentrische und naturalistische Evaluation einer störungsspezifischen Gruppentherapie für chronisch depressive Patienten im stationären Behandlungsrahmen* (nicht veröffentlichte Diplomarbeit). Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Swan, J. S., Macvicar, R., Christmas, D., Durham, R., Rauchhaus, P., McCullough, J. P., & Matthews, K. (2014). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: clinical characteristics and six month clinical outcomes in an open case series. *Journal of affective disorders*, 152-154, 268–276. doi:10.1016/j.jad.2013.09.024

- Thase, M. E., Reynolds, C. F., Frank, E., & Simons, A. D. (1994). Response to cognitive-behavioral therapy in chronic depression. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3(3), 204–214.
- Thombs, B. D., Lewis, C., Bernstein, D. P., Medrano, M. A., & Hatch, J. P. (2007). An evaluation of the measurement equivalence of the Childhood Trauma Questionnaire--Short Form across gender and race in a sample of drug-abusing adults. *Journal of psychosomatic research*, 63(4), 391–398. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.04.010
- Timmer, B., Bleichhardt, G., & Rief, W. (2004). Effektivität einer stationären Gruppentherapie für Patienten mit multiplem somatoformen Syndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), 24–32. doi:10.1026/1616-3443.33.1.24
- Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., & Marinković, J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry research*, 189(1), 1–9. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.007
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., IBRAHIM, H. M., CARMODY, T. J., BIGGS, M. M., SUPPES, T., . . . KASHNER, T. M. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34(1), 73–82. doi:10.1017/S0033291703001107
- Trivedi, M. H., Kocsis, J. H., Thase, M. E., Morris, D. W., Wisniewski, S. R., Leon, A. C., . . . Keller, M. B. (2008). REVAMP - Research Evaluating the Value of Augmenting Medication with Psychotherapy: rationale and design. *Psychopharmacology bulletin*, 41(4), 5–33.
- Uher, R., Farmer, A., Maier, W., Rietschel, M., Hauser, J., Marusic, A., . . . Aitchison, K. J. (2008). Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychological medicine*, 38(2), 289–300. doi:10.1017/S0033291707001730
- Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., Marrone, M., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2013). The "Reading the Mind in the Eyes" test: systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive neuropsychiatry*, 18(4), 326–354. doi:10.1080/13546805.2012.721728
- Veltro F., Falloon I., Vendittelli N., Oricchio I., Scrinto A., Gigantesco A., & Morosini P. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(16).
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., . . . Thase, M. E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255–265. doi:10.1037/0033-3204.41.3.255
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1403–1409.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological medicine*, 28(3), 551–558.
- Wiersma, J. E., Van Schaik, Digna J F, Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., . . . van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(5), 263–269. doi:10.1159/000360795
- Wiersma, J. E., Van Schaik, Digna J F, van Oppen, P., McCullough, J. P., Schoevers, R. A., Dekker, J. J., . . . Beekman, Aartjan T F. (2008). Treatment of chronically depressed patients: a multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) for chronic depressions versus usual secondary care. *BMC psychiatry*, 8, 18. doi:10.1186/1471-244X-8-18
- Wilbertz, G., Brakemeier, E.-L., Zobel, I., Härter, M., & Schramm, E. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *Journal of affective disorders*, 124(3), 262–269. doi:10.1016/j.jad.2009.11.021
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*, 45(8), 742–747.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wolkenstein, L., Schönenberg, M., Schirm, E., & Hautzinger, M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of affective disorders*, 132(1-2), 104–111. doi:10.1016/j.jad.2011.02.010
- Yalom, I. D. (2005). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch* (8. Aufl). *Leben lernen: Vol. 66*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Yeung, A., Feldman, G., Pedrelli, P., Hails, K., Fava, M., Reyes, T., & Mundt, J. C. (2012). The Quick Inventory of Depressive Symptomatology, clinician rated and self-report: a psychometric assessment in Chinese Americans with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(8), 712–715. doi:10.1097/NMD.0b013e318261413d
- Young, J. E., & Klosko, J. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Posternak, M. (2004). A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(9), 595–601.
- Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (1997). Trauma and chronic depression among patients with anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(2), 333–336.
- Zobel, I., Werden, D., Linster, H., Dykieriek, P., Drieling, T., Berger, M., & Schramm, E. (2010). Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depression and anxiety*, 27(9), 821–828. doi:10.1002/da.20713

## Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der chronischen Depression nach DSM V
- Tabelle 2: Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf der Depression (nach Bschor (2014) auf der Grundlage einer Metaanalyse von Hölzel (2011))
- Tabelle 3: Therapieelemente
- Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme
- Tabelle 5: Übersicht der diagnostischen Instrumente der Studie
- Tabelle 6: Soziodemographische Merkmale der Patientenstichprobe
- Tabelle 7: Klinische Merkmale der Patientenstichprobe
- Tabelle 8: Begleitende medikamentöse Therapie
- Tabelle 9: Vergleich der Depressivität gemessen an HAMD-24, BDI-II und QIDS-SR-16
- Tabelle 10: Vergleich des Funktionsniveau über die Messzeitpunkte
- Tabelle 11: Vergleich der Domänenwerte des WHOqol-BREF zu T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>
- Tabelle 12: Vergleich der Subskalen des *Impact Message Inventory* (IMI) zu T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>
- Tabelle 13: Vergleich des Gesamtwerts und der Subskalen des SPSI-R zu T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>
- Tabelle 14: Regressionsanalysen mit den Werten des HAMD im Prä/Post-Vergleich
- Tabelle 15: Regressionsanalysen mit den Werten des BDI im Prä/Post-Vergleich
- Tabelle 16: Regressionsanalysen mit den Werten des BDI im Follow-up
- Tabelle 17: Regressionsanalysen mit den Werten für Lebensqualität (WHOqol) im Follow-up
- Tabelle 18: Prädiktoren für die Abnahme des HAMD im Prä/Post-Vergleich
- Tabelle 19: Prädiktoren für die Abnahme des BDI im Prä/Post-Vergleich
- Tabelle 20: Prädiktoren für die Werte des BDI in der Follow-up-Untersuchung
- Tabelle 21: Prädiktoren für die Lebensqualität (WHOqol) in der Follow-up-Untersuchung
- Tabelle 22: Semipartialkorrelation von Traumatisierung mit potentieller Wirksamkeit
- Tabelle 23: Semipartialkorrelation von Persönlichkeitsstörungen (N) mit potentieller Wirksamkeit

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung 1: Klinische Formen der chronischen Depression (nach Dunner, 2001)
- Abbildung 2: Multifaktorielles Entstehungsmodell der chronischen Depression  
nach Brakemeier, Schramm und Hautzinger 2012
- Abbildung 3: Entstehungsmodell der chronischen Depression aus der  
Schematherapie nach Renner et al. (2013) p. 170
- Abbildung 4: Das Wahrnehmungsdilemma der chronischen Depression nach  
Brakemeier, Schramm und Hautzinger (2012; S.24)
- Abbildung 5: Der Kiesler Kreis
- Abbildung 6: Schematische Darstellung des Studienablaufs
- Abbildung 7: Mittelwerte der Traumatisierungssubskalen des CTQ
- Abbildung 8: Traumatisierungserfahrungen laut CTQ nach Schweregrad
- Abbildung 9: Ausbildungsstärke der Dimensionen des NEO-FFI, Mittelwerte
- Abbildung 10: Anteil Persönlichkeitsstörungen nach SKID II Interview in Prozent
- Abbildung 11: Graphische Darstellung der Veränderung der Depressivität von T<sub>0</sub> (prä)  
bis T<sub>2</sub> (post) gemessen an HAMD, BDI und QIDS
- Abbildung 12: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte des GAF
- Abbildung 13: Graphische Darstellung der vier Items des CGI, Mittelwerte
- Abbildung 14: Graphische Darstellung der Veränderung der Domänenwerte des  
WHOqol-BREF, Mittelwerte
- Abbildung 15: Graphische Darstellung von BDI und WHOQOL-BREF-Gesamtwert im  
zeitlichen Verlauf mit Follow-up, Mittelwerte
- Abbildung 16: Darstellung der Domänen des WHOqol-BREF im zeitlichen Verlauf  
T0,T2 und Follow-up, Mittelwerte
- Abbildung 17: Gesamtbewertung der stationären Behandlung durch den ZUF8  
(Mittelwerte)
- Abbildung 18: Beurteilung allgemeiner Aspekte und Therapieelemente der  
Gruppentherapie CBASP DO! durch die Patienten zu T<sub>2</sub>
- Abbildung 19: Bewertung der organisatorischen Bedingungen der CBASP-Gruppe  
durch den Patienten zu T2
- Abbildung 20: Bewertung der CBASP-Gruppe und der eigene Arbeitshaltung durch  
den Patienten
- Abbildung 21: Graphische Darstellung der IMI-Subskalen auf oktaedrischer Skala
- Abbildung 22: Graphische Darstellung der Mittelwerte des LQPT zu T0 und T2

Abbildung 23: Graphische Darstellung der Subskalen des SPSI zu T0 und T2,  
Mittelwerte

Abbildung 24: Mittelwerte des RMET zu den Zeitpunkten T<sub>0</sub> und T<sub>2</sub>

Abbildung 25: Graphische Darstellung der Korrelation von HAMD im Prä/Post-  
Vergleich mit der Veränderung der Subskala *Positive Problemorientierung*  
(PPO) des Social Problem Solving Inventorys (SPSI)

Abbildung 26: Graphische Darstellung der Korrelation von BDI im Prä/Post -Vergleich  
mit der Veränderung des Gesamtwertes des Social Problem Solving  
Inventorys (SPSI)

Abbildung 27: Zusammenhang der BDI-Werte im Follow-up mit der Entwicklung des  
Denkniveaus (LQPT)

Abbildung 28: Zusammenhang der Lebensqualität im Follow-up mit der Entwicklung  
des Denkniveaus (LQPT)

## ANHANG

**Tabelle:** Diagnostische Kriterien für eine Depressive Episode/ Major Depressive Episode vergleichend nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 F32.x	DSM-IV 296.2x
Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern	Die depressive Episode soll mindestens zwei Wochen dauern und eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit darstellen
<b>Hauptsymptome:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tage, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend</li> <li>• Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren</li> <li>• Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit</li> </ul>	Symptome aus dem <b>Cluster A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet oder von anderen beobachtet (<b>Beachte:</b> Kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein)</li> <li>• Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)</li> </ul>
<b>Zusatzsymptome:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls</li> <li>• Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle</li> <li>• Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten</li> <li>• Klagen über den Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit</li> <li>• Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)</li> <li>• Schlafstörungen jeder Art</li> <li>• Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung</li> </ul>	Symptome aus dem <b>Cluster B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen</li> <li>• Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizides</li> <li>• Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)</li> <li>• Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Ratlosigkeit oder Verlangsamung)</li> <li>• Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen</li> <li>• Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen (<b>Beachte:</b> Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen)</li> <li>• Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen</li> </ul>



	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
Schweregrad: • leicht: 2 Haupt- + 2 Zusatzsymptome • mittelgradig: mind. 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome • schwer: 3 Haupt + ≥ 4 Zusatzsymptome	Schweregrad: • leicht: 5-6 Symptome, mind. 1 aus Cluster A • mittelgradig: beide Cluster A- Symptome; Schwere zwischen leicht und schwer • schwer: fast alle Symptome vorhanden

**Tabelle:** Diagnostische Kriterien für eine Dysthymie vergleichend nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 F34.1	DSM-IV-TR 300.4
Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als eine Woche, hypomanische Episoden kommen nicht vor.	Depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage, entweder vom Patienten berichtet oder von anderen beobachtet, über einen mindestens zweijährigen Zeitraum andauert ( <b>Beachte:</b> Bei Kindern und Heranwachsenden kann reizbare Verstimmung vorliegen, und die Dauer muss mindestens ein Jahr betragen)
Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes sind so schwer oder dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung (F33.0) erfüllen	In den ersten zwei Jahren der Störung (ein Jahr bei Kindern und Heranwachsenden) bestand keine Episode einer Major Depression (296.x), d.h. das Störungsbild wird nicht besser durch eine chronische oder teilremittierte Major Depression erklärt
Während der Periode der Depression sollen mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen: • Verminderter Antrieb oder Aktivität • Schlaflosigkeit • Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit • Konzentrationsschwierigkeiten • Neigung zum Weinen • Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten • Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung • Erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden • Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit • Sozialer Rückzug • Verminderte Gesprächigkeit	Während der depressiven Verstimmung bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome: • Appetitlosigkeit • Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis • Energiemangel oder Erschöpfung • Geringes Selbstwertgefühl • Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschwerernis • Gefühl der Hoffnungslosigkeit
	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereiche

## Vollständige Darstellung der Regressionstabellen aus Kapitel 5.5.1

**Ergänzung Tabelle 14: Regressionsanalysen mit den Werten des HAMD im Prä/Post-Vergleich**

Prädiktor	B	SE	$\beta$	$R^2$
LQPT	1.084	.223	.753	.567**
RMET	.088	.467	.044	.002
SPSI_ges	.32	.08	.686	.47*
SPSI_NPO	-1.075	.267	.689	.474*
SPSI_PPO	1.53	.21	.864	.746**
SPSI_ICS	-.289	.636	.106	.011
SPSI_AS	-.633	.277	.474	.225*
SPSI_RPS	.564	.445	.286	.082
IMI_freundlich	4.938	3.188	.343	.118
IMI_freundlich_submissiv	-5.268	4.02	.295	.087
IMI_submissiv	-2.574	3.336	.179	.032
IMI_feindselig_submissiv	4.864	2.52	-.414	.171 <sup>+(0.07)</sup>
IMI_feindselig	-2.584	2.672	.222	.049
IMI_feindselig_dominant	-.966	6.17	-.037	.001
IMI_dominant	4.242	3.662	.263	.069
IMI_freundlich_dominant	3.439	2.8	.278	.077

Anmerkungen: B unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) SE Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz Richtung Signifikanz ( $p < 0.1$ ) LQPT Luebeck Questionnaire for recording preoperational Thinking RMET Reading the Mind in the Eyes Test SPSI Social Problem Solving Inventory Subskalen NPO Negative Problemorientierung PPO Positive Problemorientierung ICS Impulsivität/Nachlässigkeit AS Vermeidung RPS Rationales Problemlösen IMI Impact Message Inventory

**Ergänzung Tabelle 15: Regressionsanalysen mit den Werten des BDI im Prä/Post Vergleich**

Prädiktor	B	SE	$\beta$	$R^2$
LQPT	1.929	.312	.825	.68**
RMET	-.514	.751	-.159	.025
SPSI_ges	.655	.091	.862	.743**
SPSI_NPO	-2.09	.339	-.823	.678**
SPSI_PPO	2.009	.486	.698	.487*
SPSI_ICS	-1.674	.962	-.379	.144
SPSI_AS	-1.474	.366	-.679	.461*
SPSI_RPS	1.74	.635	.543	.294*
IMI_freundlich	11.875	4.755	.507	.257*
IMI_freundlich_submissiv	-.624	6.838	-.022	<.001
IMI_submissiv	-3.303	5.458	-.141	.02
IMI_feindselig_submissiv	-9.065	3.962	-.475	.225*
IMI_feindselig	-6.197	4.209	-.328	.108
IMI_feindselig_dominant	-5.793	9.945	-.136	.019
IMI_dominant	11.696	5.521	.447	.2*
IMI_freundlich_dominant	9.11	4.224	.453	.202*

Anmerkungen: *B* unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) *SE* Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz Richtung Signifikanz ( $p < 0.1$ ) *LQPT* Luebeck Questionnaire for recording preoperational Thinking *RMET* Reading the Mind in the Eyes Test *SPSI* Social Problem Solving Inventory Subskalen *NPO* Negative Problemorientierung *PPO* Positive Problemorientierung *ICS* Impulsivität/Nachlässigkeit *AS* Vermeidung *RPS* Rationales Problemlösen *IMI* Impact Message Inventory

**Ergänzung Tabelle 16: Regressionsanalysen mit den Werten des BDI im Follow-up**

Prädiktor	B	SE	$\beta$	$R^2$
LQPT	1.218	.374	.608	.37*
RMET	-.543	.638	-.197	.039
SPSI_ges	.361	.127	-.556	.309*
SPSI_NPO	1.241	.420	.571	.327*
SPSI_PPO	-1.025	.528	-.416	.173 <sup>+(0.068)</sup>
SPSI_ICS	1.083	.852	-.287	.082
SPSI_AS	0.698	.406	.376	.141
SPSI_RPS	-1.09	.549	-.397	.158 <sup>+(0.083)</sup>
IMI_freundlich	-6.687	4.451	-.334	.111
IMI_freundlich_ submissiv	9.793	5.380	.394	.155 <sup>+(0.089)</sup>
IMI_submissiv	6.892	4.43	.344	.119
IMI_feindselig_ submissiv	7.001	3.481	.428	.184 <sup>+(0.06)</sup>
IMI_feindselig	1.645	3.793	.102	.01
IMI_feindselig_ dominant	-11.241	8.172	-.308	.095
IMI_dominant	-9.568	4.775	-.427	.182 <sup>+(0.06)</sup>
IMI_freundlich_ dominant	-9.071	3.45	-.525	.276*

Anmerkungen: *B* unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) *SE* Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient  $R^2$  Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau  $p < .05$  \*\* Signifikanzniveau  $p < .001$  + Tendenz Richtung Signifikanz ( $p < 0.1$ ) *LQPT* Luebeck Questionnaire for recording preoperational Thinking *RMET* Reading the Mind in the Eyes Test *SPSI* Social Problem Solving Inventory Subskalen *NPO* Negative Problemorientierung *PPO* Positive Problemorientierung *ICS* Impulsivität/Nachlässigkeit *AS* Vermeidung *RPS* Rationales Problemlösen *IMI* Impact Message Inventory

**Ergänzung Tabelle19: Regressionsanalysen mit den Werten für Lebensqualität (WHOqol) im Follow-up**

Prädiktor	B	SE	$\beta$	R <sup>2</sup>
LQPT	1.439	.517	.548	.301*
RMET	-.766	.834	-.212	.045
SPSI_ges	.35	.183	.411	.169 <sup>+(.072)</sup>
SPSI_NPO	-1.241	.420	-.404	.164 <sup>+(.077)</sup>
SPSI_PPO	.94	.729	.291	.085
SPSI_ICS	-.845	1.15	-.171	.029
SPSI_AS	-.758	.546	-.311	.097
SPSI_RPS	1.138	.804	.316	.10
IMI_freundlich	8.688	5.842	.331	.109
IMI_freundlich_ submissiv	-13.662	6.968	-.42	.176 <sup>+(0.066)</sup>
IMI_submissiv	-8.23	5.874	-.314	.098
IMI_feindselig_ submissiv	-7.457	4.735	-.348	.121
IMI_feindselig	-3.086	4.946	-.146	.021
IMI_feindselig_ dominant	13.034	10.837	.273	.074
IMI_dominant	9.805	6.527	.334	.111
IMI freundlich dominant	11.274	4.606	.50	.25*

Anmerkungen: B unstandardisierter Regressionskoeffizient (Steigung) SE Standardfehler  $\beta$  standardisierter Regressionskoeffizient R<sup>2</sup> Determinationskoeffizient (erklärte Varianz) \* Signifikanzniveau p < .05 \*\* Signifikanzniveau p < .001 + Tendenz Richtung Signifikanz (p < 0.1) LQPT Luebeck Questionnaire for recording preoerational Thinking RMET Reading the Mind in the Eyes Test SPSI Social Problem Solving Inventory Subskalen NPO Negative Problemorientierung PPO Positive Problemorientierung ICS Impulsivität/Nachlässigkeit AS Vermeidung RPS Rationales Problemlösen IMI Impact Message Inventory



Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. T. Kircher

Projektleiter:  
Prof. Dr. C. Konrad  
Leiter der AG Kognitive Neuropsychiatrie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg  
Rudolf-Bultmann-Straße 8, 35039 Marburg  
Tel: 06421-58-65622  
Fax: 06421-58-68939

**Information und Einverständniserklärung**  
für die Patientinnen und Patienten zur Studie  
**„Evaluation der Gruppentherapie CBASP DO! für chronisch  
depressive Patienten im stationären Behandlungsrahmen  
- eine Pilotstudie - “**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Wir bitten Sie freundlich um die Teilnahme an der Studie „Evaluation der Gruppentherapie CBASP DO! für chronisch depressive Patienten im stationären Behandlungsrahmen“. In diesem Schreiben werden Sie darüber aufgeklärt, um was es in diesem Projekt geht und welche Untersuchungen im Einzelnen durchgeführt werden.

**Ziel der Evaluation**

Da die stationäre Behandlung durch CBASP erst seit einiger Zeit erfolgt und stetig verbessert wird, soll untersucht werden, wie die Gruppentherapie DO! aus Sicht der Therapeuten, aber v.a. auch aus Sicht der Patienten bewertet wird, d.h. wie hilfreich Sie die Gruppentherapie finden. Diese Evaluation dient dazu, die Behandlung durch die CBASP-Gruppentherapie weiter zu verbessern.

**Ablauf und einzelne Teile der Evaluation**

Die Evaluation erfolgt durch Fragebögen, die Sie selbst ausfüllen sowie Diagnostikinstrumente, die in Interviewform oder am Computer mit Ihnen durchgeführt werden.

- Die Einführungsphase Ihrer CBASP-Behandlung (2 Wochen) dient der allgemeinen Diagnostik. Hierbei werden zum einen Fragebögen genutzt, die den Schweregrad Ihrer depressiven Symptomatik erfassen. Zum anderen setzen wir Instrumente ein, welche z.B. Ihre Persönlichkeit, Traumatisierungen in Ihrer Kindheit und Ihr Empfinden und Handeln in verschiedenen Alltagssituationen erfragen. Außerdem möchten wir Ihnen eine Serie von Bildern vorlegen, zu denen Sie durch eine vorgegebene Antwortauswahl eine Einschätzung abgeben sollen. Das Interview zur Symptomerfassung sowie das Ausfüllen der Fragebögen und Tests werden insgesamt etwa zwei Stunden in Anspruch nehmen.
- Im Verlauf der Behandlung erfolgt etwa zur Mitte der Behandlung eine Überprüfung Ihrer Symptomatik anhand eines Interviews sowie von Fragebögen, die Sie selbst ausfüllen. Der Zeitaufwand beträgt hierbei eine halbe bis eine Stunde.
- Nach Abschluss Ihrer Teilnahme an der CBASP-Gruppentherapie wird eine Überprüfung des Schweregrades Ihrer Symptomatik durchgeführt. Zudem setzen wir einige der zu Beginn bereits verwendeten Instrumente ein, um Veränderungen während der Therapie näher zu untersuchen (Fragebögen zum Empfinden und Handeln in verschiedenen Situationen, Bilder zur Bewertung). Weiterhin erhalten Sie von uns einen Fragebogen zur Bewertung der CBASP-Gruppe DO!. Der Zeitaufwand hierfür entspricht in etwa der Eingangsuntersuchung, also etwa 2 Stunden.
- Drei Monate nach Entlassung senden wir Ihnen zwei kurze Fragebögen zu Symptomschwere und Lebensqualität zu, wobei wir sie bitten, diese auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Eventuell werden wir Sie auch telefonisch kontaktieren.

### **Zum Datenschutz**

Ihre gesamten Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und pseudonymisiert erhoben. Dazu wird Ihren Daten ein Code zugeordnet, mit dem alle Ihre Daten versehen werden. Alle persönlichen Informationen sowie die Zuordnungsliste mit Ihren Namen und den Codes werden separat aufbewahrt und sind nur den Studienleitern zugänglich. Für Außenstehende ist es also nicht möglich aus den gesammelten Daten Rückschlüsse auf Ihre Person zu ziehen.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation werden Fragebögen und Tests zur Krankengeschichte, aktuellen Symptomatik und Behandlung, die pseudonymisiert sind und nicht mehr einzelnen Personen zugeordnet werden können, an das Studienzentrum Freiburg weitergegeben werden. Dort werden sie für eine Studie verwendet, die in größerem Umfang die Ergebnisse der CBASP-Gruppentherapie aus mehreren Kliniken sammelt und auswertet. Die übermittelten Daten finden ausschließlich für diesen Forschungszweck Verwendung.

**Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, Sie können jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.**

Für Rückfragen steht Ihnen das Studienteam und der Studienleiter gerne zur Verfügung

Ihr

Prof. Dr. Carsten Konrad



## **Einverständniserklärung**

### **„Evaluation der Gruppentherapie CBASP DO! für chronisch depressive Patienten im stationären Behandlungsrahmen“**

**Bei Ihrer Bereitschaft zur Teilnahme bitten wir Sie, die Einwilligungserklärung vor der Untersuchung vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.**

Ich bestätige hiermit, dass ich durch den Untersucher, Herrn/Frau ..... über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der beabsichtigten Untersuchung aufgeklärt wurde und für meine Entscheidung genügend Bedenkzeit hatte. Ich habe die Probandeninformation gelesen. Ich fühle mich ausreichend informiert und habe verstanden, worum es geht. Der Untersucher hat mir ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, die alle für mich ausreichend beantwortet wurden. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden.

Ich habe verstanden, dass bei wissenschaftlichen Studien persönliche Daten und medizinische Befunde erhoben werden. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie meine freiwillige Einwilligung voraus. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung zum Zwecke wissenschaftlicher Auswertung analysiert werden.

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und dieser unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten. Meine Einwilligung, an diesem Forschungsvorhaben als Patient teilzunehmen, erfolgt freiwillig. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen kann.

**Ich willige hiermit ein, als Proband an dem Forschungsvorhaben „„Evaluation der Gruppentherapie CBASP DO! für chronisch depressive Patienten im stationären Behandlungsrahmen“ teilzunehmen.**

VOM PROBANDEN AUSZUFÜLLEN:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Datum: ..... Uhrzeit: .....

Ort: ..... Unterschrift: .....

VOM UNTERSUCHER AUSZUFÜLLEN:

Ich habe den Probanden mündlich über Wesen, Bedeutung, Reichweite und Risiken des Forschungsvorhabens aufgeklärt.

Datum: ..... Uhrzeit: .....

Ort: .....

Untersucher: .....

**Patientendokumentation zur CBASP-Gruppenstudie DO!****Patient ID:****Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich**Geburtsdatum:****1. Ein- und Ausschlusskriterien**

<b>Einschlusskriterien</b>		<b>Bemerkungen</b>
<u>Primäre Diagnosen nach DSM-IV:</u>		
Dysthymia (300.4)	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
Double Depression (300.4 + 296.2x)	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
chronische Depression über mind. 2 Jahre (296.3x)	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
rezidivierende Depression ohne vollständige Remission zwischen den Episoden über mind. 2 Jahre (296.3x)	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
<u>Regelmäßige Gruppenteilnahme</u> (= nicht mehr als 2 Fehltermine)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Ausschlusskriterien</b>		
<u>Suizidalität ohne Absprachefähigkeit</u>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
<u>Vorliegende Bipolar I Störung</u>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
<u>Primäre Diagnose: Panikstörung, generalisierte Angststörung, soziale Phobie oder posttraumatische Belastungsstörung</u>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	

**2. Aktuelle Lebenssituation**

Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Grund:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eheähnliches Verhältnis <input type="checkbox"/> geschieden / getrennt lebend / verwitwet
Anzahl Kinder	

**3. Bildungsstand**

Höchster erreichter Schulabschluss	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur
Höchster erreichter Berufsabschluss	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Meisterschule <input type="checkbox/"/> (Fach-)Hochschule

**4. Depressive Symptomatik**

Dauer der aktuellen Episode (in Monaten)	
Anzahl bisheriger Episoden (mit Zeitangabe)	
Suizidversuche (mit Zeitangabe)	
Auftreten der ersten depressive Episode bzw. der Dysthymie	<input type="checkbox"/> vor 21. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach 21. Lebensjahr

**5. (Vor-)Behandlung**

Therapieresistenz in der derzeitigen Episode	<input type="checkbox"/> medikamentös (mind. 2 Antidepressiva in ausreichender Dosis/Dauer erfolglos) <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch (mind. 2 Psychotherapien in ausreichender Dosis/Dauer erfolglos)
Anzahl stat. Voraufenthalte	

**6. Aktuelle (CBASP-)Behandlung**

Beginn der CBASP-Gruppentherapie	
Patient erhält auch CBASP-Einzeltherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Frequenz pro Woche:
Andere stat. Therapien	

Ende der CBASP-Gruppentherapie	
Anzahl teilgenommener Gruppensitzungen	
Anzahl CBASP-Einzeltherapie-Sitzungen	
Dauer stat. Aufenthalt insges. (in Tagen)	

**Besonderheiten/Sonstiges:**

**Prof. Dr. Andrea Graf**

**University of Regensburg**

Faculty of Business, Economics, and Information Systems

andrea.graf@wiwi.uni-regensburg.de

Universitaetsstr. 31, D-93053 Regensburg, Germany

Tel.: +49 (0) 941 – 943 2681, Fax: +49 (0) 941 – 943 4206

**SPSI-R:S**

**Thomas J. D’Zurilla, Ph.D., Arthur M. Nezu, Ph.D., & Albert Maydeu-Olivares, Ph.D.**

Folgend sind Möglichkeiten aufgeführt, wie Sie denken, fühlen oder handeln können, wenn Sie mit Problemen im Alltag konfrontiert werden. Wir meinen keine gewöhnlichen Auseinandersetzungen und Stress, mit denen Sie jeden Tag erfolgreich umgehen. In diesem Fragebogen werden Probleme angesprochen, die in Ihrem Leben wichtig sind und die Sie sehr stören, aber bei denen Sie nicht auf Anhieb wissen, wie Sie diese verbessern oder beenden können, damit sie Sie nicht mehr so sehr stören. Das Problem kann Ihre Person betreffen (wie Ihre Gedanken, Gefühle, Verhalten, Gesundheit oder Aussehen), oder Ihr Verhältnis mit anderen Personen (wie Ihre Familie, Freunde, Lehrer oder Vorgesetzten), oder Ihre Umgebung und Dinge, die Sie besitzen (wie Ihr Haus, Auto, Grundstück oder Geld). Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und wählen Sie eine der aufgeführten Nummern, die am besten zeigt, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft. Betrachten Sie sich selbst, wie Sie normalerweise denken, fühlen und handeln, wenn Sie mit wichtigen Problemen in ihrem Leben momentan konfrontiert sind. Kreuzen Sie die Nummer an, die am meisten auf Sie zutrifft.

- 0** trifft überhaupt nicht auf mich zu
- 1** trifft ein wenig auf mich zu
- 2** trifft mittelmäßig auf mich zu
- 3** trifft sehr auf mich zu
- 4** trifft äußerst auf mich zu

1. Ich fühle mich bedroht und ängstlich, wenn ich ein wichtiges Problem zu lösen habe.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2. Wenn ich Entscheidungen treffe, bewerte ich nicht alle meine Möglichkeiten sorgfältig genug.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Copyright © 1996, 2002 Multi-Health Systems Inc. All rights reserved.

In the U.S.A., P.O. Box 950, North Tonawanda NY, 14120-0950, (800) 456-3003.

In Canada, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-6011. Internationally, +1-416-492-2627.

www.mhs.com

3. Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich eine wichtige Entscheidung zu treffen habe.	0	1	2	3	4
4. Wenn meine ersten Bemühungen ein Problem zu lösen, scheitern, dann weiss ich, wenn ich hartnäckig fortfahre und nicht zu leicht aufgebe, werde ich in der Lage sein, schließlich eine gute Lösung zu finden.	0	1	2	3	4
5. Wenn ich ein Problem habe, versuche ich, es als Herausforderung zu sehen, oder als Gelegenheit, in irgendeiner positiven Form von diesem Problem einen Nutzen zu ziehen.	0	1	2	3	4
6. Ich warte zuerst, um zu sehen, ob sich ein Problem von alleine löst, bevor ich versuche, es selbst zu lösen.	0	1	2	3	4
7. Wenn meine ersten Bemühungen ein Problem zu lösen, versagen, werde ich sehr frustriert.	0	1	2	3	4
8. Wenn ich mit einem schwierigen Problem konfrontiert bin, bezweifle ich, dass ich in der Lage bin es selbst zu lösen, ganz gleich wie sehr ich es versuche.	0	1	2	3	4
9. Jedes Mal, wenn ich ein Problem habe, glaube ich, dass es gelöst werden kann.	0	1	2	3	4
10. Ich gebe mir besondere Mühe zu vermeiden, dass ich mich mit den Problemen in meinem Leben befassen muss.	0	1	2	3	4
11. Schwierige Probleme regen mich sehr auf.	0	1	2	3	4
12. Wenn ich eine Entscheidung zu treffen habe, versuche ich die positiven und negativen Konsequenzen jeder Möglichkeit vorherzusagen.	0	1	2	3	4
13. Wenn sich Probleme in meinem Leben ereignen, möchte ich mich mit ihnen so schnell wie möglich befassen.	0	1	2	3	4
14. Wenn ich versuche ein Problem zu lösen, versuche ich es mit der ersten guten Idee, die mir in den Sinn kommt.	0	1	2	3	4
15. Wenn ich mit einem schwierigen Problem konfrontiert bin, glaube ich, dass ich in der Lage bin, es selbst zu lösen, wenn ich es beharrlich genug versuche.	0	1	2	3	4
16. Wenn ich ein Problem zu lösen habe, ist eines der ersten Dinge, die ich tue, so viele Tatsachen wie möglich über das Problem zu sammeln.	0	1	2	3	4
17. Wenn sich ein Problem in meinem Leben ereignet, versuche ich so lange wie möglich hinauszuschieben, es zu lösen.	0	1	2	3	4
18. Ich verbringe mehr Zeit damit, meinen Problemen aus dem Weg zu gehen, als sie zu lösen.	0	1	2	3	4
19. Bevor ich versuche ein Problem zu lösen, setze ich mir ein spezifisches Ziel, so dass ich weiss, was ich erreichen möchte.	0	1	2	3	4
20. Wenn ich eine Entscheidung zu treffen habe, nehme ich mir nicht die Zeit, die Pros und Contras jeder Möglichkeit in Betracht zu ziehen.	0	1	2	3	4

21. Nachdem ich die Lösung eines Problems ausgeführt habe, versuche ich so sorgfältig wie möglich abzuschätzen, wie sehr sich die Situation zum Guten verändert hat.	0	1	2	3	4
22. Ich verschiebe es Probleme zu lösen, bis es zu spät ist, irgendetwas dagegen zu tun.	0	1	2	3	4
23. Wenn ich versuche ein Problem zu lösen, durchdenke ich so viele Optionen wie möglich, bis mir keine weiteren Ideen mehr einfallen.	0	1	2	3	4
24. Wenn ich eine Entscheidung treffe, gehe ich nach meinem „Bauchgefühl“, ohne zu sehr über die Konsequenzen jeder Möglichkeit nachzudenken.	0	1	2	3	4
25. Ich bin zu impulsiv wenn es darum geht, eine Entscheidung zu treffen.	0	1	2	3	4



Klient Nr.: \_\_\_\_\_

Prä ☐Post ☐

### Fragebogen für interpersonale Eindrücke (IMI-R)

Dieser Fragebogen enthält Aussagen über Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, die eine andere Person bei Ihnen auslöst. Bestimmen Sie bei jeder Aussage, wie genau sie Ihre Reaktion auf diese Person beschreibt, während Sie mit ihr zusammen sind.

Jede Aussage beginnt mit den Worten: „Wenn ich mit dieser Person zusammen bin, habe ich das Gefühl...“. Dieser Satz steht oben auf jeder Seite. Er soll Ihnen helfen, sich die Gegenwart dieser Person besser vorstellen zu können.

Als Antwortmöglichkeit ist Ihnen eine vierstufige Skala vorgegeben: Dabei bedeutet 1 – *stimmt gar nicht* und 4 – *stimmt genau*. Wenn Sie sich unsicher sind, überlegen Sie, ob Sie eher zustimmen oder ablehnen. Dann bedeutet 2 – *stimmt eher nicht* und 3 – *stimmt eher*. Kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Zahl an.

Beispiel: Sie sind der Meinung, diese Aussage stimmt genau, dann füllen Sie die Skala folgendermaßen aus:

stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

**Beantworten Sie alle Fragen.** Überlegen Sie dabei nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort, die Ihnen zuerst einfällt. Es kann vorkommen, dass diese Person nicht immer gleich auf Sie wirkt. In solchen Fällen entscheiden Sie sich für jene Antwort, die Ihrem allgemeinen Eindruck von dieser Person am ehesten entspricht.

Es kommt bei diesem Fragebogen auf Ihren persönlichen Eindruck an. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Sie sollten jedoch versuchen, von der Person, die Sie beschreiben ein möglichst realistisches Bild zu zeichnen. Bedenken Sie, dass jeder Mensch **positive und negative Eigenschaften** hat, die Persönlichkeit erst ausmachen. Scheuen Sie sich nicht davor, die gesamte Breite der Skala auszunutzen (also auch 1 oder 4 anzukreuzen, wo dies zutrifft).

Wenn ich mit ihr zusammen bin, habe ich das Gefühl...

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1. ich möchte Distanz zu ihr wahren	1	2	3	4
2. sie gibt häufig den Ton an	1	2	3	4
3. dass sie sich vor Verantwortung drückt	1	2	3	4
4. dass sie mich braucht	1	2	3	4
5. sie sagt mir öfters etwas freundliches	1	2	3	4
6. sie macht mich häufig ärgerlich	1	2	3	4
7. sie gibt lieber nach, als ihren eigenen Standpunkt zu vertreten	1	2	3	4
8. dass sie mich gerne mag	1	2	3	4
9. sie versucht manchmal, mich zu bevormunden	1	2	3	4
10. sie wirkt sehr selbstsicher auf mich	1	2	3	4
11. dass ich dominiere	1	2	3	4
12. ihr sagen zu wollen, dass ich mich in ihrer Gesellschaft wohl fühle	1	2	3	4
13. mir ist etwas unbehaglich zumute	1	2	3	4
14. sie sollte manche Angelegenheiten eher selbst regeln	1	2	3	4
15. ich kann auf ihre Unterstützung zählen	1	2	3	4
16. keinen Zugang zu ihr zu bekommen	1	2	3	4
17. ich möchte ihr nahe legen, für sich selbst einzustehen	1	2	3	4
18. sie trifft nicht gerne Entscheidungen	1	2	3	4
19. ich kann mich darauf verlassen, dass sie, wenn nötig, die Initiative ergreift	1	2	3	4
20. mein Urteil ist ihr wichtig	1	2	3	4
21. ich sollte darauf achten, dass sie nicht zu bestimmend ist	1	2	3	4
22. ich würde sie gerne dazu bringen, sich selbst etwas positiver zu sehen	1	2	3	4
23. ich kann ohne weiteres mit einem Anliegen zu ihr kommen	1	2	3	4
24. ich kann mich darauf verlassen, dass sie die Zügel in die Hand nimmt	1	2	3	4
25. sie bräuchte nicht so schüchtern zu sein	1	2	3	4
26. ich könnte sie jederzeit um Hilfe bitten	1	2	3	4
27. sie scharf gerne andere Menschen um sich herum	1	2	3	4
28. dass ich sehen muss, wie ich auch mal zum Zuge komme	1	2	3	4
29. ich sollte sie zu mehr Selbstständigkeit ermutigen	1	2	3	4
30. man muss sie einfach gern haben	1	2	3	4
31. ich möchte mit ihr nicht allzu viel zu tun haben	1	2	3	4
32. sie übernimmt gerne Verantwortung	1	2	3	4

Wenn ich mit ihm zusammen bin, habe ich das Gefühl...

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
33. sie wünscht sich, man solle zu ihr aufsehen	1	2	3	4
34. ich ergreife öfters die Initiative als sie	1	2	3	4
35. sie ist für mich da, wenn ich sie brauche	1	2	3	4
36. sie schließt sich schnell meinem Urteil an	1	2	3	4
37. sie wird unsicher, wenn sie sich anderen gegenüber behauptet	1	2	3	4
38. sie ist häufig bereit, mir zuzustimmen	1	2	3	4
39. dass sie gerne im Mittelpunkt des Interesses steht	1	2	3	4
40. sie hat häufig etwas auszusetzen	1	2	3	4
41. sie ist schlagfertig und unterhaltsam	1	2	3	4
42. sie scheut keine Konfrontation	1	2	3	4
43. sie hat klare Vorstellungen von dem, was sie will	1	2	3	4
44. sie hat die Sache im Griff	1	2	3	4
45. sie bittet mich öfters um Rat	1	2	3	4
46. dass sie mich als störend empfindet	1	2	3	4
47. sie steht gerne im Rampenlicht	1	2	3	4
48. dass ich mich manchmal wehren muss	1	2	3	4
49. ich wünsche mir manchmal, sie wäre etwas weniger autoritätsgläubig	1	2	3	4
50. ich sollte sie manchmal aus der Reserve locken	1	2	3	4
51. sie lässt sich leicht entmutigen	1	2	3	4
52. sie interessiert sich für mich nur wenig	1	2	3	4
53. dass sie allen Situationen gewachsen ist	1	2	3	4
54. sie hat wenig Selbstvertrauen	1	2	3	4
55. sie hat eine starke Persönlichkeit	1	2	3	4
56. sie ist risikofreudig	1	2	3	4
57. ich sollte ihr etwas Gutes tun	1	2	3	4
58. sie möchte sich hinter mir verstecken	1	2	3	4
59. dass ich Rücksicht nehme	1	2	3	4
60. sie kommt sich minderwertig vor	1	2	3	4
61. sie kann sich gut durchsetzen	1	2	3	4
62. sie bestimmt die Situation in angemessener Weise	1	2	3	4
63. sie glaubt, etwas bewirken zu können	1	2	3	4
64. sie beschützen zu wollen	1	2	3	4

## Lübecker Fragebogen für Präoperationales Denken

### LFPD - Gesamtform

Name:

Geburtsdatum:

Auf den folgenden Seiten finden Sie Beschreibungen von Situationen und Ereignissen, welche nur Sie oder Sie und andere Personen betreffen. Im Anschluss an die Situationsbeschreibung finden Sie jeweils zwei Gruppen von Gedanken oder Reaktionen, welche in dieser Situation auftreten können.

Ihre Aufgabe besteht darin, die 22 Situationsbeschreibungen sorgfältig zu lesen und sich anschließend für diejenige Reaktion bzw. Gedankenabfolge zu entscheiden, welche in der jeweiligen Situation am ehesten auf Sie zu trifft. Machen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen vor der für Sie am besten zutreffenden Antwortgruppe. Wählen Sie bitte diejenige Antwortgruppe aus, die am besten beschreibt, wie Sie gerade in diesem Moment wahrscheinlich reagieren oder denken würden. Kreuzen Sie die Antwortgruppe an, die am besten wiedergibt, wie sie wahrscheinlich reagieren würden und nicht diejenige Antwortgruppe, wie sie gerne reagieren möchten. Seien Sie so ehrlich wie möglich zu sich selbst

Lassen Sie bitte keine Situationsbeschreibung aus. Alle Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

1.) *Situation:* Mein Partner und ich haben vereinbart, dass wir heute Abend gemeinsam in unserem Lieblingsrestaurant essen gehen. Wir haben uns schon länger nicht mehr gesehen, da wir beide viel zu tun hatten. Ich habe mich sehr auf diesen Abend gefreut. Nach der Arbeit ruft mich mein Freund an und sagt mir, dass er gerade einen wichtigen Anruf von seiner Mutter hatte und er für sie sofort ein dringendes Problem lösen muss. Er entschuldigt sich und sagt, dass er heute Abend leider nicht essen gehen kann.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ „Du hast mir meinen Abend ruiniert.“
  - ☐ „Es tut mir Leid um den Abend, aber was ist mit Deiner Mutter? Ich möchte darüber etwas hören.“
- 

2.) *Situation:* Gestern habe ich meinen Personalausweis verloren. Ich habe überall gesucht und schon befürchtet, dass er mir gestohlen worden ist. Nach einer anstrengenden Suche bin ich schließlich ins Bett gegangen und bin heute Morgen aufgewacht und dachte...

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ So etwas passiert nur mir – Mein Leben wird immer voller Pech und Pannen sein. Ich weiß nicht was ich machen soll. Dass ich den Ausweis verloren habe, lässt mich wie ein Versager fühlen.
  - ☐ Ich muss gleich zur Polizei gehen und melden, dass mir mein Personalausweis fehlt. Dann fühle ich mich besser. Ich gehe noch mal die Wege ab, die ich gestern gegangen bin. Möglicherweise habe ich den Ausweis irgendwo liegen lassen. Irgendwie werde ich das schon schaffen – ich bleibe zuversichtlich.
-

3.) *Situation:* Ich bin kürzlich arbeitslos geworden und bin auf der Suche nach einer neuen Stelle. Ich treffe einen Freund im Einkaufszentrum und er erzählt mir über seine Unzufriedenheit mit seiner Arbeit. Mein Freund erzählt mir, dass er einige Probleme mit seinen Kollegen hat, die Dinge machen, die ihm nicht gefallen. Er erzählt auch, dass er darüber nachdenkt, zu kündigen, und dass er ein Angebot von einer anderen Firma bekommen hat, die jedoch schlechter bezahlt.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Nichts funktioniert bei mir. Ich werde nie wieder eine Arbeit finden.
- Mein Freund ist bei seiner Arbeit in einer schwierigen Situation. Ich frage mich, ob er meine Sorge über seine Situation bemerkt hat – ich hoffe es.

—

4.) *Situation:* Ich hatte einen anstrengend Tag auf der Arbeit hinter mir. Es kamen einige unerwartete Anrufe von unzufriedenen Kunden rein. Mein guter Freund kommt nach der Arbeit zu mir an die Haustüre und ich bat in herein. Mein Freund erzählt mir, dass er sich wahnsinnig über seine Kinder geärgert und mit Ihnen geschimpft hat. Er sagt, dass er beide Mädchen erschreckt hat. Nun sei er sehr traurig über seine Reaktion.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- „Ist mir auch schon passiert. Mach Dir keine Sorgen.“
- „Du siehst sehr traurig aus. Erzähl mir was zwischen Dir und Deinen Kindern passiert ist.“

—

5.) *Situation:* Heute Morgen war ich in der Innenstadt einkaufen. Auf dem Rückweg wollte ich den Bus nach Hause nehmen. Ich hatte viel zu viele Einkaufstüten zu tragen. Als der Bus kam bin ich eingestiegen und musste bei dem Busfahrer ein Ticket lösen. Ich konnte jedoch meine Geldbörse nicht finden. Der Busfahrer wurde unfreundlich und forderte mich auf, mich zu beeilen. Er sagte, dass er einen Zeitplan einhalten muss und dass ich, wenn ich das Geld nicht finde, den nächsten Bus nehmen muss.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Typisch für mich – ich kann nicht gewinnen.  
Niemand ist rücksichtsvoll, wenn es um mich geht. Ich werde es vielleicht vor heute Abend nicht nach Hause schaffen.
- Was für ein Schlamassel. Ich muss den Busfahrer fragen, ob er noch einen Moment warten kann. Möglicherweise muss ich aussteigen, dass Geld finden und den nächsten Bus nehmen.

—

6.) *Situation:* Meine Freundin und ich teilen eine Wohnung. Vor zwei Tagen ist sie vom Einkaufen zurückgekommen und sie wollte mir einen Gefallen tun und die Einkäufe in den Vorratsraum einräumen. Ich sagte „schön“ aber stell sicher, dass du den Vorratsraum sauber und ordentlich hinterlässt, wenn du die Vorräte einräumst. Heute kamen wir beide vom gemeinsamen Einkaufen nach Hause. Wir waren beide sehr müde und wollten einen entspannenden Abend haben. Meine Freundin hat die Einkaufstüten in den Vorratsraum getragen und sie unausgepackt auf dem Boden stehen lassen. Sie hat außerdem einige Sachen, die ich ordentlich eingeräumt hatte, umgestoßen.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Ich muss immer alles alleine machen. Niemand denkt an mich und daran was ich will.
  - ☐ Ich werde meine Freundin an die Bitte, den Vorratsraum sauber und ordentlich zu hinterlassen, erinnern. Vielleicht müssen wir noch mal darüber verhandeln, wer was macht.
- 

7.) *Situation:* Mein Nachbar hat seine jährliche Geburtstagsfeier. Ich bin seit 10 Jahren von meinem Nachbarn zu dieser Feier eingeladen. Dieses Jahr bin ich nicht eingeladen.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Ich wusste, dass mein Nachbar mich niemals wirklich gemocht hatte, das beweist das nur.
  - ☐ Ich werde meinen Nachbarn anrufen. Ich würde gerne zu der Party gehen
- 

8.) *Situation:* Ich habe einen Termin bei meinem Chef, da er mit mir seine Sechsmonats-Beurteilung meiner Arbeit besprechen möchte. Mein Chef teilt mir mit, dass er im Ganzen sehr zufrieden mit meiner Arbeit ist. Ihm sei aber aufgefallen, dass mir in den letzten Wochen einige Fehler unterlaufen sind. Er bittet mich, dass ich in der Zukunft wieder darauf achte, konzentriert zu arbeiten.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Mein Chef wird niemals meine Leistung schätzen.
  - ☐ Ich hatte in der letzten Zeit Konzentrationsschwierigkeiten und werde meinem Chef erzählen warum.
-

9.) *Situation:* Ich bin unterwegs, um einen Freund zu besuchen, der kürzlich in eine neue Stadt gezogen ist. Ich bemerke plötzlich, dass ich meine Straßenkarte vergessen habe. Die Karte habe ich zu Hause auf dem Küchentisch liegen lassen. Ich bemerke auch, dass ich mich völlig verfahren habe und nun nicht mehr weiß, wo ich mich befinde.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Ich mache nie etwas richtig – Ich hasse mich selbst.  
Ich bin ein Verlierer und ich werde vielleicht verloren gehen. Ich werde das nicht schaffen. Ich werde immer alles so vermässeln wie diese Sache hier.
  - Ich kaufe mir an der nächsten Tankstelle eine neue Straßenkarte.  
Ich rufe meinen Freund über Handy an und frage nach dem Weg - nicht aufgegeben. Ich werde aufpassen, dass mir so etwas nicht noch mal passiert - Ich werde aus diesem Fehler lernen.
- 

10.) *Situation:* Ich hatte einen anstrengenden Arbeitstag hinter mir und ich kam müde und erschöpft nach Hause. Ich wollte nur noch einen heißen Tee trinken und mich ausruhen. Nach dem ich mir den Tee gemacht hatte, habe ich mir die Wolldecke genommen und aufs Sofa gelegt. Meine Partnerin kommt nach Hause und fragt mich wie es mir geht. Ich sage ihr, wie müde ich bin und dass ich mich ausruhen möchte. Meine Partnerin beginnt mir einige Unternehmungen vorzuschlagen, welche wir heute noch machen können.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Niemand respektiert wie ich fühle, sie denken nur an sich.
  - Ich muss meine Partnerin wissen lassen, dass ich mich nur ausruhen möchte.
-



11.) *Situation:* Ich habe für ein Abendessen Freunde und Familienmitglieder eingeladen. Am Tag der Feier ruft mich ein Freund an und teilt mir mit, dass er leider nicht kommen kann, da ihm etwas Wichtiges dazwischen gekommen ist. Er sagt, dass er mich morgen anruft und näheres erzählen will.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Niemand mag mich.  
Immer wieder werde ich von anderen enttäuscht.  
Ich kann mich nicht auf meine Freunde verlassen.
  - Schade, dass mein Freund nicht kommen kann.  
Ich hoffe, meinem Freund geht es gut.  
Ich rufe meinen Freund morgen einfach mal an und frage was los ist.
- 

12.) *Situation:* Ich sitze mit meinen Kollegen beim Mittagessen. Einer meiner Kollegen erzählt uns von einer neuen Kneipe, welche in der Stadt aufgemacht hat. Ich bin bei der Unterhaltung still und beteilige mich nicht am Gespräch. Einige meiner Kollegen machen den Vorschlag, sich für den Abend zu verabreden, um die neue Kneipe anzuschauen. Ich sage nichts. Am Abend zu Hause werde ich ärgerlich, weil ich gerne mit den Kollegen in die Kneipe gegangen wäre und keiner mich gefragt hat.  
*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Keiner mag mich – ich werde immer ausgelassen.
  - Ich habe meinen Kollegen nicht klar gemacht, dass ich dabei sein will. Ich gehe vielleicht einfach zur Kneipe hin
-

13.) *Situation:* Ich gehe in ein Kaufhaus, um eine Zeitschrift zu kaufen. Nach dem ich mich umgesehen habe, kann ich die Zeitschriftenabteilung nicht finden. Ich finde einen Verkäufer und frage ihn, wo die Zeitschriftenabteilung ist. Der Verkäufer antwortet mir, dass er nicht weiß wo die Zeitschriftenabteilung ist und dass er nicht zuständig ist. Er dreht sich um und lässt mich ohne weitere Hilfe stehen.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Die Leute sind einfach nicht hilfsbereit.  
Ich hätte erst gar nicht um Hilfe bitten sollen. Ich werde immer versagen – niemand kann mich jemals mögen.
- ☐ Dieser Verkäufer ist nicht hilfsbereit.  
Ich schaue mich nach jemandem um, der mir helfen kann. Wenn mir in diesem Geschäft keiner weiter hilft, gehe ich in ein anderes Geschäft.

—

14.) *Situation:* Ich habe eine Bekannte, welche ich erst kürzlich kennen gelernt habe für Freitag ins Kino eingeladen. Ich war mir nicht sicher, ob die betreffende Person Interesse an meiner Bekanntschaft hat und ob sie mich treffen möchte. Ich habe mich sehr gefreut, dass sie der Einladung zu gesagt hat. Am Tag der Verabredung ruft meine Bekannte mich an und teilt mir mit, dass etwas dazwischen gekommen ist und sie nicht mit ins Kino gehen kann.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Die Bekannte hätte mich sowieso nicht gemocht.
- ☐ Schade, dass sie nicht kommen kann. Ich werde sie noch mal anrufen.

—

15.) *Situation:* Kurz vor Ladenschluss gehe ich in den Supermarkt einkaufen. Ich nehme ein paar Milchtüten mit. Auf dem Weg zur Kasse lasse ich eine Milchtüte fallen. Die Milchtüte fällt auf den Boden, der Milchkarton geht kaputt und die Milch verteilt sich auf dem Boden. Der Ladenbesitzer beobachtet die Situation, wird ärgerlich und beschimpft mich. Er sagt laut und in einem unfreundlichen Ton zu mir, dass ich vorsichtiger hätte sein sollen, jetzt müsse er länger hier bleiben, um meinen Dreck wieder sauber zu machen.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Ich habe nie Glück.  
Ich bin so ungeschickt. Niemand wird mich je verstehen.
- ☐ Das ist keine leichte Situation für mich.  
Ich werde mich für die Umstände, die ich gemacht habe, entschuldigen. Ich werde den Ladenbesitzer fragen, ob ich ihm als Entschädigung für die Arbeit, die ich ihm gemacht habe, ein Trinkgeld geben kann.

—

16.) *Situation:* Mein Bruder möchte heiraten und hat mich zu seiner Hochzeitsfeier eingeladen. Um an der Hochzeitsfeier teilzunehmen, benötige ich zwei Tage Urlaub. Ich habe allerdings wichtige Aufträge erhalten, die sehr dringend sind und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, der nicht verändert werden kann, fertig gestellt sein müssen. Mein Chef hat mich bereits darauf hingewiesen, dass die Aufträge fristgerecht erledigt sein müssen. Die Aufträge fertig zu stellen bedeutet jedoch, dass es schwierig ist an der Hochzeit teilzunehmen.

*(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- ☐ Ich werde es nie schaffen von meinem Chef die zwei Tage Urlaub zu erhalten.
- ☐ Ich muss mit meinem Chef reden und schauen, was sich machen lässt.

—

17.) *Situation:* Meine Chefin hatte mir einen Auftrag gegeben und eine Frist bis wann ich den Auftrag erledigen sollte. Der Auftrag kam zu einem sehr hektischen Zeitpunkt und ich hatte unglücklicherweise einige andere Aufgaben zu erledigen. Daher habe ich es nicht geschafft, den Auftrag fristgerecht zu erledigen. Ich bin zu meiner Chefin gegangen und habe ihr gesagt, dass ich den Auftrag nicht erledigt habe. Sie war sehr verständnisvoll. Sie sagte: „Das kann vorkommen, aber ich bin sicher, dass sie den Auftrag bis Montagmorgen um 9.00 Uhr erledigt haben“. *(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Meine Chefin muss sehr sauer auf mich sein.  
Meine Chefin bemitleidet mich – ich bin so ein Verlierer. Ich darf nicht glauben, dass sie einfach hilfsbereit ist.
  - Meine Chefin hat meinen vollen Zeitplan verstanden.  
Ich sehe jetzt zu, dass ich den Auftrag erledige. Die Reaktion meiner Chefin hat mir wirklich geholfen – ich fühle mich erleichtert.
- 

18.) *Situation:* Ich habe eine Auseinandersetzung mit einer Kollegin, die Singel ist, wegen der Urlaubsplanung. Sie sagt, dass sie zu derselben Zeit ein paar Tage frei nehmen will, zu der meine Familie und ich in Urlaub fahren wollen. Wir diskutieren über die Termine und ich sage ihr, dass sie egoistisch ist und nicht daran denkt, was meine Familie und ich wollen. Plötzlich verlässt mein Kollege mein Büro. *(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)*

- Meine Beziehungen zu anderen Menschen sind eine einfache Katastrophe – Ich bin ein Versager, wenn es um andere Menschen geht.
  - Ich habe meinen Kollegen mit dem was ich gesagt habe beleidigt. Ich will sie anrufen bevor sie fährt und mit ihr über meine Reaktion sprechen.
-

19.) *Situation:* Ich möchte ins Ausland verreisen und benötige einen Reisepass. Daher gehe ich das Bürgerbüro, um einen Reisepass zu beantragen. Im Bürgerbüro setze ich mich in den Wartebereich und warte, dass ich aufgerufen werde. Nach dem ich 15 Minuten gewartet habe, bemerke ich, dass ich eine Nummer ziehen muss und die Nummer dann aufgerufen wird. Ich gehe zu einem freien Schalter und erzähle dem Angestellten, dass ich vergessen habe, eine Nummer zu ziehen. Ich frage ihn, ob ich auch so dran genommen werden kann, da ich schon 15 Minuten gewartet habe. Der Beamte am Schalter sagt mir in einem unfreundlichen Ton, dass ich zurückgehen soll, um eine Nummer zu ziehen und zu warten bis ich an der Reihe bin.  
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- ☐ Ich bin so blöd. Pech verfolgt mich wohin ich auch immer gehe. Niemand mag mich. Jeder behandelt mich schlecht.
  - ☐ Ich habe es vermasselt, eine Nummer zu ziehen. Ich gehe zurück und ziehe direkt eine Nummer. Ich muss mich in der Reihe anstellen.
- 

20.) *Situation:* Mir geht es sehr schlecht und ich glaube ich werde krank. Ich entscheide mich dazu, einen Freund aufzusuchen und ihn nach der Nummer seines Arztes zu fragen, den ich aufsuchen kann. Außerdem denke ich, dass es mir vielleicht hilft, wenn ich das Haus verlasse. Ich komme bei meinem Freund zu Hause an und dieser erzählt mir, dass er nicht mit mir sprechen kann. Er sagt, dass er starke Kopfschmerzen hat und sich hinlegt. Er schließt die Türe und ich gehe.  
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- ☐ Eine Katastrophe nach der anderen.
  - ☐ Es tut mir leid, dass es meinem Freund schlecht geht. Ich spreche mit ihm, wenn es ihm besser geht. Ich brauche immer noch die Nummer seines Doktors.
-

21.) *Situation:* Ich bin gerade in eine neue Stadt gezogen, um eine neue Arbeitsstelle anzunehmen. Am Tag des Umzuges komme ich vor meiner neuen Wohnung an und gehe zur Haustüre. Ich stelle mein Gepäck ab und fühle mich plötzlich in der neuen Umgebung fremd und alleine.  
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich hätte nicht umziehen sollen. Ich habe immer Pech – das wird mir auch hier so gehen. Ich werde mich hier nie zu Hause fühlen.
- Ich werde mir Pläne machen müssen, wie ich an einem neuen Ort leben kann. Ich werde mir meine neue Wohnung anschauen. Es wird vielleicht zunächst schwierig sein, aber ich lebe mich hier schon ein und gewöhne mich an die neue Wohnung.

—

22.) *Situation:* Ich hatte einem befreundeten Paar versprochen, dass das Paar mein Auto am Wochenende leihen kann. Meine Frau und ich hatten geplant, das ganze Wochenende zu Hause zu bleiben und im Garten zu arbeiten. Ich hatte allerdings vergessen, dass mein Sohn am Samstagabend ein Fußballturnier hat und ich meinem Sohn versprochen hatte bei dem Spiel dabei zu sein und ihn und seine Freunde zum Spiel hinzufahren. Ich sagte meinen Freunden, dass ich ihnen das Auto nicht leihen kann.  
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- „Tut mir leid, ich kann Euch das Auto nicht leihen.“
- „Ich weiß, dass wird für Euch ein Problem sein, aber ich kann euch das Auto leider nicht leihen. Ich habe gerade herausgefunden, dass mein Sohn ein Fußballspiel hat und ich versprochen habe, dabei zu sein.“

<b>Vielen Dank !</b>
----------------------

Evaluation der CBASP-Gruppe: **DOI**  
(Patientenfragebogen)

Mit diesem kurzen Fragebogen möchten wir Sie bitten, die CBASP-Gruppentherapie **DOI**, welche Situationsanalysen- und Kiesler Kreis Trainings beinhaltet, zu beurteilen. Bitte geben Sie auf der folgenden Skala von -3 ("trifft gar nicht zu") bis +3 ("trifft sehr gut zu") an, wie sehr Sie **jeder** der folgenden Aussagen zustimmen.

[illegible]





	sehr gut					unge- nützlich
	1	2	3	4	5	6
24. Mein persönliches Engagement, auch zwischen den Sitzungen an den Themen weiter gearbeitet bzw. weiter <i>trainiert</i> zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Die gegenseitigen Unterstützung zwischen den Gruppenmitgliedern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Insgesamt gebe ich der CBASP-Gruppentherapie <b>DOI</b> folgende Note:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schließlich wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie in freier Antwortform zu drei Fragen Stellung nehmen würden. Zunächst interessiert uns, was Sie persönlich denken, durch die CBASP-Gruppentherapie gelernt zu haben.

Was ich durch die CBASP-Gruppentherapie **DOI** gelernt habe :

Abschließend finden Sie noch Raum für freie positive wie negative Äußerungen. Gerade auch für Kritik sind wir dankbar, denn diese wird uns helfen, diese Therapie für zukünftige Gruppen weiter zu verbessern.

**Was beurteile ich positiv:**

A large, empty rectangular box with a black border, intended for participants to write their positive feedback.

**Was beurteile ich negativ (einschl. Veränderungsvorschlägen):**

A large, empty rectangular box with a black border, intended for participants to write their negative feedback and suggestions for improvement.

**HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

## Z U F - 8 – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	weniger gut <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	im Allgemeinen ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
sie hat fast allen mei- nen Bedürfnissen entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat meinen Be- dürfnissen nicht entsprochen <input type="checkbox"/>
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>	leidlich oder leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	sehr zufrieden <input type="checkbox"/>
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge <input type="checkbox"/>	ja, sie half etwas <input type="checkbox"/>	nein, sie half eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht <input type="checkbox"/>
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?			
sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	leidlich oder leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>

Sehr geehrte/r Frau/ Herr

wie bereits besprochen beinhaltet unsere CBASP-Studie eine kurze Nachuntersuchung 3 Monate nach der stationären Entlassung. Diese besteht aus zwei kurzen Fragebögen, die sie schon kennen und wenigen Fragen zu den letzten drei Monaten. Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie diese auszufüllen und an uns zurückzuschicken könnten. Ein frankierter Rücksendeumschlag liegt bei.

Falls Nachfragen bestehen, würden wir Sie telefonisch kontaktieren.

Herzliche Grüße,

Ihr

Prof. Dr. Carsten Konrad

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg  
Rudolf-Bultmann-Straße 8  
35039 Marburg  
Tel: 06421-58-65622  
Fax:06421-58-68939

Seit meiner Entlassung aus der Uniklinik Marburg vor drei Monaten, wo ich stationär mit CBASP behandelt wurde...

... musste ich erneut stationär aufgenommen werden ☐ Ja ☐ Nein

... war ich suizidal und habe einen Suizidversuch begangen ☐ Ja ☐ Nein

... musste meine Medikation umgestellt werden ☐ Ja ☐ Nein

nur wenn Ja:

Derzeit bekomme ich folgende Medikamente (mit Dosisangabe):

---

---

---

## **Verzeichnis der akademischen Lehrer**

Meine akademischen Lehrer waren:

Adamkiewicz, Bartsch, Baum, Baumann, Becker S., Becker K., Behr, Bien, Boesner, Bohlander, Brehm, Busch, Cetin, Czubayko, Dannlowski, Daut, Dodel, Donner-Banzoff, Turgay Efe, Ellenrieder, Engenhardt-Cabillic, Exner, Fendrich, Feuser, Figiel, Fuchs-Winkelmann, Geks, Görg, Gotthardt, Gress, Grgic, Groß, Grundmann, Grzeschik, Henzel, Hertl, Heverhagen, Hilt, Höffken, Hofmann, Hoyer, Hundt, Jerrentrup, Kalinowski, Kann, Kill, Kircher, Klose, Knipper, König, Konrad, Koolmann, Kruse, Lill, Löffler, Lohoff, Maier, Maisch, Maisner, Moll, Mueller, Müller, Murck, Mutters, Neubauer, Neumüller, Nimsky, Oertel, Oliver, Opitz, Pagenstecher, Pfestroff, Plant, Renz, Richter, Riera-Knorrenschild, Riße, Roelcke, Ruchholtz, Schäfer H., Schäfer J., Schmidt, Schneider J., Schneider S., Schofer, Schulze, Schwarting, Seifert, Seitz, Sekundo, Steiniger, Strassmann, Tackenberg, Vogelmeier, Vogt, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wrocklage, Wulf

## **Danksagung**

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Carsten Konrad bedanken für die gute Betreuung, die intensiven Einblicke in wissenschaftliches Arbeiten und Anleitung zum selbstständigen Erarbeiten von klinischen Fragestellungen. Ein großer Dank gilt ihm auch für seine Geduld und sein Vertrauen in mich. Außerdem danke ich ihm dafür, dass in seiner Arbeitsgruppe wunderbare Freundschaften entstehen konnten.

Stefanie Losekam danke ich für die Begleitung dieser Arbeit und die voranbringenden Hilfestellungen bezüglich meiner statistischen Fragen.

Lena Sabaß danke ich für den guten Austausch und die Beantwortung meiner Fragen.

Und natürlich muss ich mich beim gesamten Team der CBASP-Evaluationsstudie für die Zusammenarbeit und den Rahmen bedanken, in dem meine Arbeit entstehen konnte.

Matthias Braunisch danke ich für seine ansteckende Begeisterung für wissenschaftliches Arbeiten.

Meiner Freundin Sadat danke ich für Korrekturarbeiten und unsere einzigartige Freundschaft. Danke, dass es dich gibt und dass du mich so gut verstehst!

Auch meinem Freund Simon gilt ein ganz besonderer Dank für seine Unterstützung und seinen Glauben an mich und dafür, dass er mich in jeder Lebenslage erträgt. Danke für deine Liebe und unser gemeinsames Leben!

Meine uneingeschränkte Dankbarkeit gilt auch meinen Eltern. Ich danke euch dafür, dass ihr immer bedingungslos für mich da ward und seid, mich immer schon mit absoluter Hingabe bei allem unterstützt habt, was ich mir in den Kopf gesetzt habe und für euer unerschütterliches Vertrauen in mich.

Und meinem Großvater „Vati“ danke ich für die prägende Begleitung meiner Kindheit. Danke dir für die Gewissheit, dass du stolz auf mich gewesen wärst!